

Leyden
Lane Medical Library
NEW YORK
ACADEMY
MEDICAL
Statistische gegevens omtrent de gevallen
van placenta praevia uit de Leidsche
Universiteits-Kliniek gedurende de jaren
1848—49 tot heden

W. L. VAN FURTH

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

STATISTISCHE GEGEVENS OMTRENT DE
GEVALLEN VAN PLACENTA PRAEVIA UIT
DE LEIDSCHÉ UNIVERSITEITS-KLINIEK
GEDURENDE DE JAREN 1848—49
TOT HEDEN.

N. V. BOEK- EN STEENDRUKKERIJ EDUARD IJDO. — LEIDEN.

Statistische gegevens omtrent de gevallen
van placenta praevia uit de Leidsche
Universiteits-Kliniek gedurende de jaren
1848—49 tot heden

PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING
VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN
DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-
UNIVERSITEIT TE LEIDEN, OP GE-
ZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS,
Jhr. Mr. W. J. M. VAN EYSINGA,
HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT
DER RECHTSGELEERDHEID, VOOR
DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE
TE VERDEDIGEN OP WOENSDAG
6 MAART 1929, DES NAMIDDAGS
TE 4 UUR

DOOR

WILLEM LEVY VAN FURTH

GEBOREN TE 'S-GRAVENHAGE.



AAN MIJNE OUDERS.
AAN MIJNE VROUW.

Het verschijnen van dit proefschrift biedt mij de welkome gelegenheid U, Hoogleeraren, Oud-Hoogleeraren, Lectoren en Privaatdocenten der Medische en Philosophische Faculteit van de Leidsche Hoogeschool, mijn dank te betuigen voor het onderwijs, dat ik van U mocht ontvangen.

Hooggeleerde VAN DER HOEVEN, Hooggeachte Promotor, ik ben U veel dank verschuldigd, dat Gij mij in de gelegenheid steltet, dit proefschrift onder Uwe sympathieke leiding en met Uwe welwillende hulp te bewerken.

Aan allen, die mij verder ter wille zijn geweest, betuig ik hierbij mijn oprechten dank.

INHOUD.

	Blz.
Voorwoord	1

HOOFDSTUK I.

Wat verstaat men onder placenta praevia en hoe is haar ontstaan?	2
--	---

HOOFDSTUK II.

Jongensoverschot	14
----------------------------	----

HOOFDSTUK III.

Frequentie. — Leeftijden der moeders . . .	16
--	----

HOOFDSTUK IV.

Ligging van het kind	18
--------------------------------	----

HOOFDSTUK V.

Symptomen en gevaren	21
--------------------------------	----

HOOFDSTUK VI.

Diagnose en differentiëel diagnose.	27
---	----

HOOFDSTUK VII.

Graadindeeling van placenta praevia	30
---	----

HOOFDSTUK VIII.

Therapie	32
I. Algemeen overzicht	32
II. Nadere bespreking van de therapie der Leidsche kliniek van af 1848 tot heden	57

HOOFDSTUK IX.

Placenta praevia cervicalis	74
Literatuuroverzicht	76
Stellingen	79

VOORWOORD.

Op den verloskundige rust een verantwoordelijke taak. Immers, geroepen bij de vrouw, die bevallen moet, hangen zijn resultaten er niet alleen van af, of hij precies weet, hoe in een bepaald geval gehandeld moet worden, maar zij worden tevens bepaald door zijn practische ervaring en zijn handigheid bij het verrichten van de noodige kunstbewerkingen.

Wat nu ervaring en handigheid betreft, verkeert de practicus van tegenwoordig helaas in ongunstige omstandigheden. De overvloed van medici maakt, dat „bizondere” verlossingen door hem niet met die mate van handigheid zullen kunnen worden verricht, die voor moeder en kind het gunstigst zijn.

Het streven van de moderne verloskunde moet er dan ook meer en meer op gericht worden, om verlossingen, die zich niet als normaal laten aanzien, niet thuis, maar in een kliniek te behandelen.

Een van die „bizondere” verlossingen is die, waarbij *placenta praevia* voorkomt, en de invloed, dien daarbij de klinische behandeling op de resultaten heeft, moge uit de volgende bladzijden blijken.

HOOFDSTUK I.

WAT VERSTAAT MEN ONDER PLACENTA PRAEVIA EN HOE IS HAAR ONTSTAAN?

Onder placenta praevia verstaan wij die placenta, die zich niet, zooals normaliter, in den fundus heeft geïnsereerd, maar die laag in het cavum uteri is gelegen, zoodanig, dat een gedeelte der placenta geheel of gedeeltelijk het ostium internum overdekt.

Vroeger hield men de placenta praevia voor een loslating van een normale placenta, die in den fundus gelegen had. In 1685 beschreef PAUL PORTAL voor het eerst een geval, waaruit duidelijk bleek, dat hij zich een zuiver beeld van de placenta praevia had gevormd. PORTAL's waarnemingen (later beschreef hij namelijk nog enkele gevallen) werden weldra ook anatomisch bevestigd (SEYLER).

Vragen wij ons nu af, *hoe* de placenta bij lage insertie over het ostium komt te liggen, en *waarom* de placenta somtijds zoo laag in den uterus insereert.

HOFMEIER neemt aan, dat een deel van de vlokken van het chorion laeve — het tegen het chorion frondosum gelegen deel — kan blijven bestaan. Hij

noemt het stuk placentair-weefsel, dat aldus ontstaat, een reflexa-placenta. Ontstaat een dergelijke reflexa-placenta aan een ei, dat zich op de normale plaats in den uterus bevindt, dan bemerkt men er niets van, d. w. z. dan sluit deze reflexa-placenta direct aan de normale placenta aan, en beide worden samen één geheel, één placenta. Ligt het ei echter laag in den uteruswand geïnserieerd, dan kan het voorkomen, dat deze reflexa-placenta tot over het ostium internum heen komt te liggen. Op deze manier zou dan placenta praevia ontstaan.

Aanhanger van deze leer is o.a. VON JASCHKE.

Prof. VAN DER HOEVEN geeft in „Pathologie van Baring en Puerperium” een veel eenvoudiger en aannemelijker verklaring:

De vorm van het in de zwangerschap uitgezette cavum uteri is peervormig, dus liggen de wanden van het onderste uterussegment veel dichter bij elkaar dan die van den fundus.

Heeft een ei zich nu laag in den uterus genesteld, dan is het gevolg, dat de decidua capsularis en het chorion laeve veel eerder dan bij insertie in den fundus in contact zullen komen met den uteruswand van de overzijde en in alle geval nog voordat het chorion laeve gedegenereerd is.

Dank zij de werking van de trophoblastelementen zal het chorion laeve zich nu dus aan den uteruswand kunnen hechten en kunnen invreten en aldus vaten openen. Het gevolg is, dat hier moederlijk bloed tusschen de vlokken zal stroomen en dat dus de vlokken behoorlijk gevoed zullen worden, waar-

door zij niet alleen niet degenereeren, maar zelfs verder kunnen gaan groeien. Aldus ontstaat een placenta, die grootendeels aan één zijde, gedeeltelijk ook aan den anderen kant van het ostium internum ligt, die grootendeels uit chorion frondosum, gedeeltelijk uit een stuk van het chorion laeve bestaat, en wel uit dat stuk, dat vroeg genoeg tegen de decidua vera van de andere zijde was komen te liggen, d.i. natuurlijk het gedeelte, dat direct aan het chorion frondosum grenst.

Komen wij nu tot de vraag, *waarom* de placenta soms zoo laag in den uterus insereert.

JOH. VAN HOORN, PORTAL's leerling, zeide hierover: „die Natur spielt damit nach ihrem Belieben”, maar met deze uitlating stellen de verloskundigen der twintigste eeuw zich niet meer tevreden.

Den toestand, waarin de *uteruswand* zich bevindt, acht R. FREUND de hoofdzak hierbij. Bij onvoldoende ontwikkeling of bij ontsteking van den wand zouden wij niet alleen bij lage, maar ook bij hooge, in het corpus uteri geïnplanteerde eieren heel gemakkelijk placenta praevia krijgen kunnen.

De vlokken zullen zich namelijk onder deze pathologische verhoudingen abnormaal oppervlakkig uitbreiden — steeds in die richting, waar de geringste weerstand bestaat, en zoo zouden zij dan het geheele ostium kunnen overwoekeren.

HIESS beweert, dat òf ontstekingen van het corpuslijmvlies, òf vlug op elkander gevolgde graviditeiten, die tot een functioneele minderwaardigheid van het slijmvlies voeren, een oorzaak

kunnen zijn van de lage insertie van de placenta. Ook voorafgegangene miskramen gelden bij hem als belangrijk aetiologisch moment.

In de anamnese vindt HIESS dan ook dikwijls een koortsachtig kraambed bij de voorafgegangene partus. Verder kon HIESS in 15 % voorafgegangene abortus en in 11 % meermalen abortus met curetage of koortsachtig verloop constateeren.

NIJHOFF vindt als aetiologische momenten belangrijk:

- 1°. voorafgegangene miskramen en baringen, vooral moeilijke of snel opeenvolgende; scheuren in den baarmoederhals en ontsteking van het baarmoederslijmvlies;
- 2°. grootte en vorm van de moederkoek. Deze zou zijn hetzij groot en dun, hetzij min of meer gedeeld met één of meer bij-placenta's met insertio velamentosa van de navelstreng. Tevens heeft men gewezen op het betrekkelijk dikwijls voorkomen van tweelingen, méér dan uit de kansberekening mocht blijken.

NIJHOFF onderscheidt verder tweeërlei wijzen van ontstaan: òf het bevruchte ei vestigt zich laag, òf het vestigt zich op de plaats, waar men gewoonlijk de placenta vindt (dus zoo ongeveer in den fundus), maar de placenta breidt zich meer dan gewoonlijk uit in de richting van den inwendigen baarmoedermond.

In het eerste geval spreekt men van primaire, in het laatste geval van secundaire placenta praevia.

Bij de primaire zou door overmatige slijmafscheiding, door te groote glibberigheid van het baarmoederslijmvlies, door een afwijking in het trilhaarepitheel (HÖHNE) het ei op zijn weg van de uitmonding der eileiders naar den baarmoedermond, als het ware nog juist bijtijds zijn vastgehouden, in enkele gevallen pas, wanneer het bijna door den inwendigen baarmoedermond was heengeglijpt.

Bij de secundaire placenta praevia zou eveneens onder invloed van een minder gunstigen toestand van het baarmoederslijmvlies, op sommige plaatsen de regelmatige ontwikkeling der vlokken van het chorion zijn belemmerd. Uit de „Suche der Zotten nach dem günstigen Nährboden” (ZWEIFEL) zou zoowel de insertio velamentosa, als de gelobde, gedeelde, dunne, sterk in de vlakte uitgestrekte placenta al of niet met bij-placentae kunnen worden verklaard.

Het zou dus min of meer toevallig zijn, dat een gedeelte der placenta zich in het laagste deel der baarmoeder ontwikkelt, evenals het zóó, maar ook anders kan, wanneer bij tweelingen een stuk van de zeer groote of van de dubbele placenta in het onderste uterussegment terecht komt.

Dit voorop stellende, zullen wij in verband met tabel I nagaan in hoeverre uit het voorkomen van placenta praevia bij de verschillende pariteiten conclusies zijn te trekken.

TABEL I.

Voorkomen van placenta praevia bij de verschillende pariteiten.

Samenstelling van :	I parae.	II parae.	III parae.	IV parae.	V parae.	VI parae.	VII en meer parae.	On- bekend.
Schulte	14	13	12	6	10	5	17	
Depken	34 = 17%	42 = 20%	26 = 13%	20 = 10%	20 = 10%	15 = 7%	47 = 23%	
Gänssle	5%	12%	10%	8%	5%	5%	55%	
Bürger en Graf.....	11.7%	16%	11.7%	9%	10.3%	7.3%	34%	
Dovanth	11%	19%	12%	10%	6%	11%	31%	
Füth	8%	12%	11%	12%	13%	11%	33%	
Hies	0.28%	1.1%	0.8%	2.3%	3.2%	4.4%		
Wagner	19	25	26		100 multiparae.			
Liebe 1904-'19 ...	12	14	14	13	7	5	23	
1920-'24 ...	16	10	10	5	3	3	5	
v. Mikulicz-Radecki.	27	23	25	18	13	14	46	2
Conrad	41 = 20.2%	34 = 16.7%	44 = 21.6%	18 = 8.9%	20 = 9.8%	10 = 4.9%	36 = 16.7%	
Korthauer	0.62%	0.91%	1.36%	4.9%	4.7%	8%		
Leidsche kliniek ...	19	19	24	23	16	8	78	4

Volgens SCHULTE vormen de *primiparae* de sterkste groep. Ook STOECKEL wees daar reeds op. SCHULTE, aanhanger van de leer van R. FREUND, meent dan ook het veelvuldig voorkomen van placenta praevia bij primiparae te kunnen verklaren door een gebrekkigen aanleg van den uteruswand in die gevallen aan te nemen.

Hij ging de leeftijden van zijn 14 primiparae na en vond 3 jonge, 5 oudere en 6 oude primiparae. Misschien is, volgens hem, bij de beide laatste groepen een zekere graad van infantilisme en oorzaak van de late zwangerschap en van de praeviavorming.

Ook CONRAD vond bij *primiparae* op een na het hoogste aantal gevallen van placenta praevia.

KORTHAUER, die de getallen uit de kliniek van CONRAD naging, zag evenwel, dat daarbij niet in rekening gebracht was, dat de gevallen van placenta praevia ten opzichte van elkander in procenten waren uitgedrukt, inplaats van de aantallen der I, II, III enz. parae met de daarbij behorende aantallen van placenta praevia te vergelijken.

In aantal vormen bij CONRAD de primiparae de sterkste groep, maar in procenten uitgedrukt vond KORTHAUER een duidelijk toenemen bij multiparae.

In verband met de veronderstelling van SCHULTE gingen wij ook van onze 19 primiparae de leeftijden na.

Tot 20 jaar hadden wij 1 geval van placenta praevia.

Van 21—30 jaar hadden wij 12 gevallen van placenta praevia.

Van 31—40 jaar hadden wij 6 gevallen van placenta praevia.

Zooals wij dus zien, komen tusschen 21 en 30 jaar bij deze primiparae de meeste gevallen voor. Een zekere graad van infantilisme als oorzaak en van deze (late?) zwangerschap en van de praeviavorming, zooals SCHULTE doet, aan te nemen, schijnt mij niet gerechtvaardigd.

Het lijkt mij dus, evenals v. MIKULICZ - RADECKI beweert, onjuist om van een bepaalde praedispositie van primiparae voor placenta praevia te spreken, trouwens ook onze eigen op de volgende bladzijde te geven cijfers wijzen anders uit.

Wil men een verklaring voor het voorkomen van placenta praevia bij primiparae geven, dan kan men zich het gemakkelijkst voorstellen, dat het ei ook hier na bevrucht te zijn wat naar beneden zakt en zich dicht bij het ostium internum zal inplanteeren, indien de uterus aanvankelijk in lichte retroversie lag, of indien de vrouw met een anteflexie veel op den rug ligt.

Bij GÄNSSLE vormen de VII- en meer parae meer dan de helft van het praevia-materiaal.

Ook KORTHAUER vindt een hoog percentage bij *multiparae*, evenals BÜRGER - GRAF, DOVANTH en FÜTH.

In onze *Leidsche Kliniek* vinden wij 19 gevallen bij primiparae tegenover 168 gevallen bij multiparae.

De 78 gevallen van placenta praevia bij VII- en meer parae kunnen wij nog als volgt verdeelen:

VIIe p.	VIIIe p.	IXe p.	Xe p.	XIe p.	XIIe p.
13	12	11	10	7	6

gevallen.

XIIIe p.	XIVe p.	XVe p.	XVIe p.	XIXe p.
10	4	2	2	1

gevallen.

Het materiaal, waaruit onze gevallen gerecruteerd zijn, is Leiden en omstreken en daarin is de verhouding van primiparae tot multiparae ongeveer ¹⁾:

1 ^e	parae	5105 x	met	19	placenta praevia	=	1 : 267 x
2 ^e	„	4517 x	„	19	„	=	1 : 236 x
3 ^e	„	3305 x	„	24	„	=	1 : 137 x
4 ^e	„	2648 x	„	23	„	=	1 : 115 x
5 ^e	„	2068 x	„	16	„	=	1 : 129 x
6 ^e	„	1670 x	„	8	„	=	1 : 208 x
7 ^e	„	1342 x	„	13	„	=	1 : 103 x
8 ^e	„	1103 x	„	12	„	=	1 : 91 x
9 ^e	„	891 x	„	11	„	=	1 : 81 x

¹⁾ Cijfers ontleend aan P. C. T. VAN DER HOEVEN, Operatieve Verloskunde, 4e druk, blz. 2.

10 ^e	parae	723 x	met 10	placenta	praevia	= 1 :	72 x
11 ^e	„	480 x	„	7	„	= 1 :	68 x
12 ^e	„	390 x	„	6	„	= 1 :	65 x
13 ^e	„	225 x	„	10	„	= 1 :	22 x
14 ^e	„	146 x	„	4	„	= 1 :	36 x
15 ^e	„	61 x	„	2	„	= 1 :	30 x
16 ^e	„	41 x	„	2	„	= 1 :	20 x
17 ^e	„	38 x	„	0	„		
18 ^e	„	26 x	„	0	„		
19 ^e	„	10 x	„	1	„		
20 ^e	„	4 x	„	0	„		
21 ^e	„	1 x	„	0	„		
22 ^e	„	2 x	„	0	„		
		24776 x		187			1 : 132 x

en wij zien dus, dat *de kans op placenta praevia toeneemt met het aantal zwangerschappen, die de vrouw heeft doorgemaakt* (I).

Over den tijd, die verlopen is tusschen de voorafgegane zwangerschap en de zwangerschap met placenta praevia, vinden wij in de literatuur weinig vermeld.

Wij gingen dat punt nauwkeurig bij onze Leidsche gevallen na.

Van 103 onzer 187 gevallen konden wij na navraag bij de moeders of bij den Burgerlijken Stand inlichtingen verkrijgen.

In 55 gevallen was de zwangerschap met placenta

praevia gevolgd 1—2 maanden na het puerperium van het voorafgegane kind. In 37 gevallen was de tusschentijd 2—3 maanden, in 9 gevallen 3—5 maanden, in 2 gevallen 14 maanden.

Van 40 van deze 103 gevallen konden wij inlichtingen verkrijgen over het voorafgegane puerperium: 24 vrouwen hadden in het vorige kraambed koorts gehad.

Uit het bovenstaande blijkt dus, *dat de zwangerschap met placenta praevia gemiddeld ruim twee maanden na het puerperium van het vorige kind is opgetreden*: d. w. z. het juist bevruchte ei zal zich nestelen in een nog wijden en slappen uterus, in één, die minder mooi in de normale virgineeële houding ligt.

Hadden wij in het vorige puerperium koorts (60 % van onze gevallen), dan zal de involutie van den uterus langzamer gaan dan gewoonlijk en zal dus de uterus nog wijder en slapper zijn, als het volgende bevruchte ei zich er in nestelt.

Resumeeren wij, dan zien wij dus, *dat de kans op placenta praevia grooter is, als de betreffende zwangerschap spoedig, binnen twee of drie maanden, gevolgd is op de vorige, en vooral als dit vorige puerperium gestoord geweest is door koorts (II).*

Aan de hand van het bovenstaande komen wij dus tot een zeer eenvoudige mechanische verklaring voor het ontstaan van placenta praevia. *Het ei, dat uit de tuba komt, blijft niet in den fundus*

liggen, doch zakt in den wijden uterus naar beneden tot op het ostium internum, waar het, dank zij de physiologische afsluiting door slijmprop en corpus cavernosum (STIEVE), niet dadelijk doorheen gaat, en dus blijft liggen, lang genoeg om tot innesteling te komen.

HOOFDSTUK II.

JONGENSOVERSCHOT.

Bij de placenta praevia wordt een grooter jongensoverschot gevonden dan bij normale zwangerschappen.

Zoo vond WESSELINK in het algemeen een verhouding van 106 : 100. Bij placenta praevia vond hij 124 : 100.

In ons Leidsche materiaal kregen wij 109 jongens tegenover 55 meisjes. 28 gevallen waren onbekend.

Dus het aantal jongens staat in verhouding tot het aantal meisjes als 198 : 100, d. i. als 66.4 % : 33.6 %.

Deze verhouding van 66.4 % jongens tot 33.6 % meisjes komt ongeveer overeen met de verhouding, die RUGE vond bij zijn onderzoek naar de verhouding tusschen het aantal jongens en meisjes geboren na conceptie de laatste week vóór of de eerste week na het begin van de menstruatie.

Deze overeenstemming nu is te treffend om ze geheel als toeval te beschouwen. Veeleer kan men het gebruiken als steun voor onze opvatting omtrent de oorzaak van het ontstaan van placenta praevia. Volgens onze opvatting toch, zou placenta praevia

optreden bij vrouwen met een slapen uterus, die, tengevolge van den kort daarvoor plaats gehad hebbenden partus, nog niet in zijn virgineelen stand is teruggekeerd.

Dus zal een placenta praevia wijzen op een groote vatbaarheid, op een vrouw, die bij de eerste cohabitie weer zwanger wordt; en de tijd, waarop deze conceptie dan plaats heeft, komt ongeveer overeen met den tijd, waarop de eerste menstruatie na den partus optreedt ($\pm$ 6^e week), valt in de laatste week ervoor of in de eerste week erna.

Het groote jongensoverschot blijkt dus niet te zijn een eigenschap van de placenta praevia, waarvoor men een verklaring moet trachten te vinden, doch heeft dezelfde oorzaak als de verhouding van het aantal jongens en meisjes, die men in het algemeen vindt na conceptie in de eerste week na of de laatste week vóór de menstruatie.

HOOFDSTUK III.

FREQUENTIE. — LEEFTIJDEN DER MOEDERS.

De frequentie van placenta praevia wordt zeer verschillend opgegeven:

CONRAD geeft op een frequentie van 0.97 %.

DEPKEN: 2 %.

SCHULTE: 1.7 %.

HIESS: 1.4 %.

LIEBE: 0.98 %.

POPIEL: 0.26 %.

BOCEK: 1.2 %.

V. MIKULICZ - RADECKI: 1.74 %.

WAGNER: 9 : 1000.

STOECKEL: 1.74 %.

NETZER: 120 gevallen op 5754 geboorten.

THOMPSON: 1 : 400.

Prof. VAN DER HOEVEN neemt deze laatste verhouding als de meest juiste aan: op 10.000 partus vond hij 24 placentae praeviae.

Wat de *leeftijden* der vrouwen betreft, wordt het grootste aantal gevallen *tusschen 30 en 40 jaar* gevonden.

Bezien wij in dit opzicht onze Leidsche gevallen,
dan krijgen wij het volgende:

Tot 20 jaar placenta praevia in 1 geval.				
Van 21—30	„	„	„	„ 61 gevallen.
„ 31—40	„	„	„	„ 93 „
„ 41—50	„	„	„	„ 24 „

HOOFDSTUK IV.

LIGGING VAN HET KIND.

In het algemeen vindt men bij placenta praevia het kind meer dan anders in abnormale ligging.

In onze Leidsche Kliniek vinden wij de volgende cijfers:

In 132 gevallen vinden wij *schedelliging*.

„ 14 „ „ „ *stuitligging*.

„ 2 „ „ „ *voetligging*.

„ 13 „ „ „ *dwarsligging*, waar-
onder 2 bij uterus
arcuatus.

„ 8 „ „ „ *afgeweken schedel-
ligging*.

„ 1 geval „ „ *kruinligging*.

21 gevallen onbekend.

De abnormale liggingen zijn gemakkelijk te verklaren: immers placenta praevia wordt voornamelijk in wijde en slappe uteri van multiparae gevonden, d. i. daar, waar wij juist deze liggingen

verwachten. En aangezien verder de zwangerschap bij placenta praevia dikwijls vroegtijdig wordt afgebroken, hebben wij hierin nog een tweede moment, dat de kans op het voorkomen van abnormale ligging vergroot. BOCEK zag, dat van 181 gevallen slechts in de helft het normale einde der zwangerschap gehaald werd.

Zooals wij later zullen zien, bloedt de vrouw met placenta praevia *centralis* meestal reeds in de *zwangerschap*, terwijl de placenta praevia *lateralis* eerst tijdens den *partus* symptomen geeft.

Dat in het eerste geval de kans, dat de zwangerschap vroegtijdig zal worden afgebroken, groot is, en dus, dat wij hierbij meer kans hebben op abnormale ligging, met name *stuitligging*, is zonder meer duidelijk. Van de 14 stuitliggingen, die wij constateerden, kwamen dan ook 9 bij placenta praevia *centralis* voor.

In het algemeen zijn de opvattingen over het ontstaan van de abnormale liggingen bij placenta praevia andere.

Men neemt aan, dat de placentairmassa in het onderste uterussegment de normale accommodatie en de fixatie van den voorliggenden schedel zou bemoeilijken, en dat hierdoor in plaats van een schedelligging een stuit- of dwarsligging zou ontstaan.

Aangezien echter de placenta geleidelijk in den

uteruswand overgaat, is het moeilijk aan te nemen, dat de ligging van de placenta met de accomodatie veel te maken zou hebben. Eerder dan nog met de fixatie van den schedel, maar ik geloof niet, dat daaraan die beteekenis gehecht mag worden, die men daaraan veeltijds geeft.

HOOFDSTUK V.

SYMPTOMEN EN GEVAREN.

Bij placenta praevia zullen wij herhaaldelijk *partus praematurus* zien optreden (HIESS: 33.5 % van zijn gevallen). Treedt de bloeding in de eerste maanden van de zwangerschap op, dan spreken wij van *abortus*, en het is niet onwaarschijnlijk, dat van de gevallen van placenta praevia de meeste in de eerste maanden van de zwangerschap aldus eindigen. Doch het juiste aantal van deze vroeg eindigende gevallen is niet na te gaan, daar daaromtrent alle gegevens ontbreken.

Placenta praevia geeft *bloedingen*. Dit is begrijpelijk. Het onderste uterussegment immers rekt, terwijl de placenta niet mee kan rekken. Zij wordt derhalve van haar onderlaag losgeschoven, hetgeen tot bloeding voert. Indien de placenta het geheele ostium overdekt, zal reeds de minste rekking gepaard gaan met losschuiving van de placenta en bloeding geven. De bloeding staat, als de weeën zijn opgehouden, daar de vaten dan kunnen thromboseeren, om, zoodra weer weeën optreden, opnieuw te beginnen. Reeds de zwangerschapsweeën kunnen aldus aanleiding geven tot bloeding.

Hadden wij het tot nu over de placenta, die het ostium geheel of bijna heelemaal overdekt, aan den anderen kant kennen wij gevallen van placenta praevia (placenta praevia lateralis), waarbij de placenta slechts met een klein stuk in het onderste uterussegment reikt. Deze vorm zal om begrijpelijke redenen in den regel eerst laat, meestal eerst tijdens den partus, aanleiding geven tot bloeding.

Wij kunnen dus in het algemeen zeggen:

dat de bloedingen eerder in de zwangerschap zullen optreden, al naarmate de placenta verder over het ostium heen ligt, en de rekking van het onderste uterussegment eerder een zekere graad bereikt;

dat de gevaren ernstiger zijn, al naarmate de bloeding vroeger begonnen is, en dat dus de prognose van de gevallen, waar de bloeding eerst tijdens de baring optreedt, beter is dan van die, waar reeds in de zwangerschap bloedingen waren.

Ten slotte ook na de geboorte van het kind dreigen er nog gevaren, die bloedingen kunnen geven, n.l.: 1. *atonie van den uterus*, 2. *adhaerentie van de placenta* en 3. *scheuren van de cervix en isthmus*.

Ad. 1. *Atonie*. HITSCHMANN beweert, dat atonie van het onderste uterussegment slechts zelden voorkomt. Onder 240 gevallen, die door verbloeding zijn gestorven, telde hij slechts 7 door atonie van het onderste uterussegment. Hij acht de corpus-

atonie van veel meer belang. SCHOENHOLZ echter beweert het tegendeel. Opvallend dikwijls vond hij het corpus goed gecontraheerd, terwijl er toch bloeding uit den uterus bestond. Hij neemt in deze gevallen aan, dat (indien ostiumscheuren uitgeschakeld kunnen worden) insufficiëntie van den isthmus de schuld van deze bloeding was.

Zonder dat wij de eerste oorzaak van de bloeding geheel willen verwerpen, komt het ook mij voor, dat atonie van het onderste uterussegment inderdaad de meeste schuld aan de nabloeding heeft.

Dit gedeelte van den uterus trekt zich post partum nooit zoo goed samen als de rest van het corpus uteri. Bij partus na normale graviditeit heeft dit geen nadeelige gevolgen, daar zich nu in het onderste uterussegment geen sterker uitgezette vaten bevinden. Hebben wij echter met een placenta praevia te doen, dan liggen nu in het onderste uterussegment op de placentair-plaats wel sterk ontwikkelde en geopende vaten; en door de bedoelde onvoldoende samentrekking zal het nu uit deze vaten wel gemakkelijk bloeden. En vooral als het onderste uterussegment bij de baring sterk gerekt geweest is, kunnen wij nu zelfs hevige nabloeding verwachten. Een bewijs voor de juistheid van deze opvatting vindt men in de Leidsche gevallen, waarbij sinds de sectio caesarea verricht wordt, deze bloedingen alleen nog maar waargenomen zijn in de gevallen, die vaginaal beëindigd zijn, d. i. die, waar het spontaan tot volkomen of althans tot groote ontsluiting met de daarbij be-

hoorende rekking van het onderste uterussegment gekomen was.

Het komt mij voor, dat wij hier inderdaad een zeer belangrijk punt bespreken. Hebben wij te doen met een placenta, die ver over het ostium heen reikt, dan is het onderste uterussegment aan alle kanten tot bed der placenta geworden, en zullen de nu besproken nabloedingen dus al spoedig optreden en ernstig worden kunnen. Lag de placenta daarentegen lateraal, d. i. met niet meer dan een poot in het onderste uterussegment, dan bestaat het gevaar ook maar alleen in dit kleine gedeelte van den uteruswand, en zal dus de kans op nabloeding veel minder zijn.

Ad. 2. *De placenta laat niet los.* HITSCHMANN vond in 11 % van zijn gevallen een abnormale vaste verbinding van de placenta aan den uteruswand. Dit heeft volgens hem zijn oorzaak in den anatomischen bouw van het isthmusslijmvlies, dat à priori een praedispositie levert voor het in de diepte woekeren van de vlokken. De vlokken woekeren tot, of in de muscularis en vormen met dit gedeelte van den uterus een zeer vaste verbinding. De spontane loslating blijft dan ook dikwijls uit. In enkele gevallen zit de placenta in toto zoo vast, dat zij zelfs niet partieel loslaat. Het is in dergelijke gevallen, waarbij dus geen bloeding optreedt als de placenta lateraal ligt, soms onmogelijk de diagnose vóór of gedurende de geboorte te stellen op placenta praevia. Men bemerkt het eerst, als men de placenta

manueel losmaakt. De loslating (of losmaking) echter kan met zoo'n heftige bloeding gepaard gaan, dat er levensgevaar dreigt.

Overigens vergete men niet, dat, daar een deel van de placenta zich in het zich minder goed retraheerende onderste uterussegment bevindt, de loslating van de placenta ook daardoor gemakkelijk moeilijkheden kan geven.

Ad. 3. *Scheuren van cervix en isthmus.* Deze inscheuringen ontstaan zeer gemakkelijk bij vaginale beëindiging van de baring. De minste ruwheid, de minste onhandigheid, de minste haast wreekt zich door heftige bloeding.

Behalve de *bloeding* (volgens DÖDERLEIN komt $\frac{2}{3}$ van de moedersterfte op rekening van verbloeding) dreigt de kans op *puerperaalinfectie*. Bij geen enkele afwijking is deze kans zoo groot als bij de placenta praevia. Het bloedrijke weefsel en vooral de geopende vaten, ter plaatse waar de placenta lag, zijn ideale ingangspoorten voor microben en nu deze vaten in het onderste gedeelte van den uterus liggen, worden zij door microörganismen van onder af maar al te gemakkelijk bereikt, veel eerder dan bij normale ligging van de placenta.

Hierbij komt, dat de vrouw, die veel bloed verloren heeft, niet alleen aan infectie minder weerstand biedt, maar ook van waar zij maar kan, en dus in casu vanuit de wonde genitalia vochten en daarmee de zich daarin bevindende microben resorbeert. Zoo wordt dus door verschillende omstandig-

heden de kans op infectie, en, is deze tot stand gekomen, dan ook de ernst van het proces bevorderd.

Dat de kans op infectie vroeger, toen herhaaldelijk de vagina getamponneerd werd, veel grooter was dan tegenwoordig, behoeft geen betoog.

Eindelijk vermelden wij nog, dat bij placenta praevia meer kans schijnt te bestaan op het ontstaan van *luchtembolie*, nu de geopende vaten zoo voor de hand liggen. Vooral als men een pijnlijke kunstbewerking buiten of in halve narcose verricht, bestaat dit gevaar. Behalve uit een oogpunt van menschelijkheid en om de kunstbewerking te vergemakkelijken, is dus juist bij placenta praevia een goede en diepe narcose noodig en veel minder gevaarlijk dan een angstige onvoldoende bedwelming.

HOOFDSTUK VI.

DIAGNOSE EN DIFFERENTIËEL-DIAGNOSE.

Wordt men in de latere maanden der zwangerschap voor een meer ernstige uitwendige bloeding geroepen, dan kan men bijna zeker de diagnose op placenta praevia stellen. Men heeft zich nu vooraf te overtuigen, of zonder eenige uiterlijke aanleiding versch bloed of pas ontstane bloedstolsels uit de geslachtsdeelen komen. Overigens kan men bij digitaal-onderzoek de placenta of haar rand, of althans een eigenaardige dikheid en ruwheid, die de vliezen, waar zij tegen de placenta aan liggen, karakteriseert, bijna altijd voelen en gemakkelijk herkennen. Bij enkele gevallen van, dan in den regel ook minder ernstige, bloeding, waar de placenta, ofschoon in het onderste uterussegment, zoo hoog ligt, dat noch zij, noch de aan haar grenzende vliezen te voelen zijn, blijft men in het onzekere.

Is de baarmoederhals gesloten, dan voelt men soms een voor placenta praevia karakteristieke weekheid van het onderste baarmoedersegment ter plaatse van de placenta. Ligt de moederkoek aan den achterkant, dan is deze weekheid niet altijd waar te nemen. Maar toch nog al eens wel, en neemt

men dit kenmerk waar, dan heeft het, volgens NIJHOFF, groote waarde, omdat men er uit afleiden kan, of de placenta links of rechts ligt, en men dus later bij een eventueelen ingreep daarmee rekening kan houden. Ook kan men in enkele gevallen de placenta door den buikwand heen voelen.

In bepaalde gevallen is ook een bruikbaar kenmerk, dat men het voorliggende kindsdeel onduidelijk voelt, alsof er iets (de placenta) voorligt.

Differentieel-diagnostisch komen in de latere maanden der graviditeit voornamelijk in aanmerking: loslating van de placenta en uterusruptuur.

Bij beide toestanden is in den regel de anaemie sterker dan met de zichtbare hoeveelheid bloed overeenkomt. Overigens behooren peritoneaal-verschijnselen, die men bij deze laatste toestanden aantreft, niet bij placenta praevia.

Bloedingen in de eerste drie à vier maanden behooren bij den abortus, bloedingen in de vijfde tot achtste maand bij pathologische afwijkingen van het ei (o. a. mola hydatidosa). Verder denke men nog aan carcinoom en gebarsten varix in den vaginaal-wand. Volgens STOECKEL is de bloeding bij gebarsten varix zoo heftig, dat in weinig seconden meer dan een liter bloed uitgespoten wordt.

Carcinoom-bloedingen kunnen gemakkelijk met placenta praevia-bloedingen verward worden, doordat het portio-cervixcarcinoom, waarom het nu gaat, in de zwangerschap zoo geheel anders aanvoelt dan daar buiten: een succulente, flodderige massa, die veeleer aan een gedeeltelijk verscheurde voorliggen-

de placenta doet denken, dan aan een carcinoomkrater. Toch is, als men maar aan de mogelijkheid denkt, de diagnose wel te stellen: het carcinoom ligt in de cervix, of nog lager, aan de portio; de placenta ligt boven het cervikaal-kanaal.

Evenwel, al de genoemde afwijkingen komen zoo-veel minder voor dan de placenta praevia, dat bij uitwendige bloeding de diagnose placenta praevia wel bijna altijd de goede is.

HOOFDSTUK VII.

GRAADINDEELING VAN PLACENTA PRAEVIA.

Alvorens wij tot de bespreking der therapie overgaan, moeten wij er op wijzen, dat het voor de therapie een groot verschil maakt of wij te doen hebben met placenta praevia totalis, lateralis of dergelijke.

HIESS onderscheidt met SCHAUTA een placenta praevia lateralis, waarbij de placenta slechts met een rand in het ostium te voelen is, een placenta praevia partialis, waarbij het ostium reeds voor een deel door placentaweefsel overdekt is, en een placenta praevia totalis, waarbij het ostium ook bij doorgankelijkheid voor drie vingers overal nog door de placenta bedekt is (ZWEIFEL). Aangezien met de verwijding van het ostium de grootte van het voorliggende stuk placentaweefsel verandert, behoort bij de graad van placenta praevia steeds ook de wijdtte van het ostium toegevoegd te worden.

In Leiden spreken wij alleen van *placenta praevia centralis*, zoolang de placenta over het ostium heen ligt en van *placenta praevia lateralis*, zoodra de placenta in het eenigszins geopende ostium slechts aan één kant te voelen is. Het ware juist, te

zeggen, dat men de placenta nu lateraal in het ostium voelt, want de placenta, die bij 7 c.M. ontsluiting lateraal blijkt te liggen, kan, toen de ontsluiting nog slechts 2 c.M. bedroeg, over het geheele ostium heen gelegen hebben en dus wat men noemt placenta praevia centralis geweest zijn.

Is de placenta nog iets hooger in den uterus ingevreten en bereikt zij het ostium niet meer, maar ligt zij toch zoo laag, dat zij met een stukje van haar rand in het onderste uterussegment geïnse-reerd is, dan geeft zij klinisch tot dezelfde symptomen aanleiding, maar kan men toch feitelijk niet meer spreken van placenta praevia. De placenta ligt dan niet vóór, maar wel te laag.

HOOFDSTUK VIII.

THERAPIE.

I. ALGEMEEN OVERZICHT.

Zoowel de moeder als het kind zijn in gevaar bij placenta praevia. Van oudsher drong dit gevaar den verloskundige tot snel ingrijpen en dit betee-kende eeuwenlang het onverwijld beëindigen van de baring. Tot de negentiende eeuw bleef dan ook de *keering en geforceerde uithaling* van de vrucht „de” praktijk der verloskundigen.

Deze methode werd door LEVRET (1703—1780) sterk aanbevolen. Doch men kan niet genoeg hier-tegen waarschuwen, daar zij groote gevaren mee-brengt. Immers maar al te gemakkelijk ontstaan hierbij scheuren in de weeke cervikaalwanden en deze scheuren beduiden, zooals wij zagen, bij placenta praevia levensgevaarlijke bloedingen.

Tegenstander van deze methode was SMELLIE (1697—1763), die daarbij vooral tegen een te snelle uithaling van de vrucht waarschuwde. Liever trachtte hij de baring te versnellen door met massage van de baarmoeder weeën op te wekken.

Zoo was ook DENMAN van meening, dat niet alleen de verwijding van den baarmoedermond geleidelijk

en langzaam moet geschieden, maar bovendien, dat het niet noodig was, om in ieder geval onmiddellijk na de keering, de vrucht uit te halen, daar dikwijls de bloeding ophield, wanneer de voet was afgehaald.

Hieruit is later de bekende *methode van* BRAXTON—HICKS ontstaan. HICKS stelde in 1863 voor in het ontsluitingstijdperk keering te doen zonder het ostium te rekken. Hij ging met twee vingers van de eene hand in de baarmoeder en bracht met de andere hand op den buik van de vrouw den gezochten voet naar beneden. Na afhalen van dezen voet, liet hij de verdere uitdrijving aan de natuur over en schreef voor, onder geen voorwaarde, zoolang de ontsluiting niet volkomen is, het kind te extraheeren: „men moet den moed hebben, het kind te laten sterven” (SCHROEDER).

Een groot nadeel van deze methode is dus het hooge percentage der kinderlijke mortaliteit, dat op $\pm 75\%$ moet gesteld worden.

De moederlijke mortaliteit evenwel was bij deze methode zooveel gunstiger dan bij het accouchement forcé van vroeger, dat de keering volgens BRAXTON—HICKS op het eind der negentiende eeuw algemeene toepassing vond.

Tegenwoordig kan men zeggen, dat de moederlijke mortaliteit klinisch schonmelt tusschen 4 en 6 %, sommigen geven hooger op (10 %), anderen lager (3 %) (tabel II).

HIESS (1927) beweert, dat de meeste vrouwen niet sterven aan de gevolgen van de keering, maar aan de gevolgen van de voorafgegane bloedingen.

TABEL II.
Keering volgens Braxton Hicks als methode van therapie bij placenta praevia.

Samenstelling van:	Aantal gevallen.	Mortaliteit der moeders.	Mortaliteit der kinderen.
Hannes	26	3%	24 = 92%
Döderlein	50	5 = 10%	48%
Verzamelstatistiek	1266	5.45%	79.3%
Gänssle	53	5	42 waarvan 24 levensvatbaar.
Conrad	40	3 = 7.5%	38 = 95%; zuiver 20 = 50%
Falk	20	1 = 5.2%	13 = 65%
Schweitzer	137	6.6%	75% primair
Ballhorn	15	1	78% secundair
Boeck	70	4 = 5.7%	80%
Schulte: Therapie vóór de 35e week	4	0	67%, zuiver: 51%
Therapie ná de 35e week...	12	2 = 16.6%	4
Heinlein	12	0	6 = 50%
Beckwith Whitehouse	211	9 = 4.2%	—
Liebe 1904-'19	17	1	91.4%
1920-'24	8	—	0
Schoenholz	51	3 = 5.9%	—
Hiess	105	4 = 3.8%	35.5% (zuiver)
Korthauer	9	1 = 11.1%	74% (")
Depken	26	15.4%	33.3% (")
Leidsche kliniek	10	0	50.0% (")
			100%
			60% zuiver

Ook het infectiegevaar acht hij niet zoo groot, doch als voorwaarde stelt hij, dat de vrouw na de eerste bloeding zoo vlug mogelijk in behandeling en liefst in *klinische* behandeling komt.

HIESS doet de gecombineerde keering bij alle gevallen van placenta praevia, waar bij levend of levensvatbaar kind de toestand van de moeder zoodanig is, dat onmiddellijke bloedstelping noodig wordt, en verder bij die gevallen, waarbij de kinderen of niet levensvatbaar of dood zijn.

De methode telde tot voor kort vele aanhangers, doch de indicatiestelling verschilt bij de verschillende verloskundigen. Over één punt echter zijn de meesten het eens: willen wij een zoo klein mogelijke mortaliteit van de moeder hebben, dan moeten wij bij de extractie geduld hebben, doch dan sterven de kinderen.

HANNES (1922) wijst nog eens op deze eigenaardige wisselwerking: hoe meer levende kinderen hij kreeg, des te méér doode moeders had hij, en omgekeerd.

Met recht zegt FEHLING: „wende frühzeitig, extrahiere nicht”.

Er bestaan echter ook tegenstanders van de methode.

DÖDERLEIN zegt met recht, dat de keering bij een ostium, dat slechts voor twee vingers doorgankelijk is, zeer moeilijk zijn kan. Men moet de twee vingers soms hoog in de eiholte invoeren om een voet te kunnen pakken. Men heeft dan groote kans om de placenta van haar onderlaag los te schuiven en

uteroplacentair bloedingen te krijgen. Hoe langer het duurt, voordat een voet afgehaald is, des te langer kan en zal het daarbij bloeden.

LIEPMANN beweert, dat hij van een in de verloskunde slechts weinig ervaren arts nog nooit de keering volgens BRAXTON—HICKS heeft zien gelukken.

Prof. VAN DER HOEVEN berekent, dat de practicus, die 50 verlossingen in een jaar doet en de gevallen van placenta praevia thuis behandelt, ééns in de 16 jaar of nog minder de keering volgens BRAXTON—HICKS bij placenta praevia zal moeten uitvoeren en Prof. VAN DER HOEVEN meent dan ook, dat hij niemand beleedigt, door te beweren, dat de practicus dezen ingreep niet zal kunnen doen met die handigheid, die van ervaring en oefening het gevolg is.

Wij kunnen dus zeggen, dat de keering van BRAXTON—HICKS uit een keering met geforceerde beëindiging der baring ontstaan is. Naast dit accouchement forcé, doch onafhankelijk daarvan, heeft zich in de 18^{de} eeuw een andere wijze van behandeling ontwikkeld.

VAN DEVENTER (1701) n.l. zag in, dat niet alle gevallen van placenta praevia even ernstig waren, en dat er ook gevallen voorkwamen, waar, indien het kind zich in schedelligging bevond, de bloeding door eenvoudig *breken der vliezen* tot staan kwam.

Hier zien wij dus reeds, wat de therapie aangaat, een splitsing komen tusschen placenta praevia lateralis en placenta praevia centralis. Immers dat

men alleen vliezen kan breken bij placenta praevia lateralis, is zonder meer duidelijk, daar bij placenta praevia centralis de vliezen niet te bereiken zijn.

Volgens PINARD en Prof. VAN DER HOEVEN kan men in $\frac{1}{3}$ van alle gevallen van placenta praevia deze therapie toepassen. Voor deze therapie acht HIESS alle gevallen met onregelmatige kindsliggingen ongeschikt, die hij in 33 % der gevallen vond. Evenwel hij erkent, dat op het einde der zwangerschap de schedelligging het meest voorkwam.

Het groote voordeel van het breken der vliezen is, dat, aangezien de eikoepel hier nu geopend is, bij een wee, de placenta niet langer naar den overkant vastgehouden en getrokken wordt, en nu dus met den er onder liggenden uteruswand mee kan gaan: zij wordt dus niet meer losgeschoven en de vaten worden niet verscheurd, terwijl bovendien de schedel tegen de placenta aandrukt.

Bestond er een afwijkende ligging, dan kan men door uitwendige handgrepen er een lengteligging van trachten te maken en daarna de vliezen breken.

Het is duidelijk, dat als de weeën krachtig zijn en dus de schedel meer tegen de placenta aandrukt en tevens de baring bekort wordt, de kans op eventueele herhaling der bloeding minder wordt.

FALK dient hiervoor kinine toe, anderen subcutane pituitrine-injecties (VAN DER HOEVEN, NIJHOFF, HIESS, TRAPL, GALL, FISCHER).

In het meerendeel der gevallen heeft de partus na het breken der vliezen een spontaan verloop, met een gunstige prognose voor moeder en kind. Van

deze gunstige resultaten (BECKWITH-WHITEHOUSE maakt hierop een schrikwekkende uitzondering!) geeft Tabel III dan ook een duidelijk overzicht.

Van de vormen van therapie behandelden wij tot nu toe het *accouchement forcé*, de *keering volgens* BRAXTON HICKS en het *breken der vliezen*.

Reeds in de nadagen van LEVRET werd de *tamponnade* een ernstige mededinger van het *accouchement forcé*.

LEROUX beval in 1776 de methode sterk aan en wel door de scheede vol te stoppen met linnen, vlas of hennep, gedrenkt in wijnazijn, zóó dat een sterke druk tegen het onderste uterussegment werd uitgeoefend (dus extra-uterine tamponnade).

WIGAND (1808) voerde de intra-uterine tamponnade uit en beroemde er zich op met deze behandelingswijze (12 gevallen) geen vrouw en geen kind verloren te hebben.

Verdere ondervinding echter leerde, dat deze methode niet zoo goed was als men aanvankelijk hoopte. Bij tamponnade, en vooral bij herhaalde tamponnade, worden te licht microben van buiten naar binnen gevoerd en ontstaat dus groot gevaar voor kraambesmetting. Bovendien bedwingt de tampon, als er eenmaal weeën zijn, de bloeding niet voldoende, zoodat men niet zelden bij het verwijderen van den tampon een groot stolsel daarachter vindt: de kat is nu in den kelder gemetseld geweest.

TABEL III.
Vliezen breken als vorm van therapie bij placenta praevia.

Samenstelling van :	Aantal gevallen.	Moederl. mortaliteit.	Kinderlijke mortaliteit.
Gänssle	11	0	2
Falk	8	0	1 F door dreigende asfyxie. 2 < 1 prolapsus funiculi.
Schulte	3	0	0
Heinlein	10	0	0
Döderlein	38	2	2
Beckwith-Whitehouse	11	9 = 81.8% !	0
Liebe 1904-'19	4	0	1 (perforatie).
1920-'24	5	0	0
Hiess	10	1	0
v. Mikulicz-Radecki	9	0	1
Depken	19	0	2 = 10.5%
Schulte	3	0	—
Leidsche kliniek	66	1 = 1.5%	16.6% (11 voldragen kinderen).

(Op de vraag over het al of niet tamponneeren tijdens het vervoer, komen wij later terug).

Uit de tamponnade kwam de *kolpeuryse* voort, waarbij inplaats van een tampon, een elastieken ballon werd ingevoerd (C. BRAUN, 1851). Eenige jaren later overkwam het een assistent, dat de ballon naar binnen glipte, en was uit den kolpeurynter een *metreurynter* ontstaan.

Deze methode van behandelen, met metreuryse, telt nog tal van aanhangers.

De metreuryse kan zoowel *intra-* als *extra-*ovulair uitgevoerd worden.

HANNES beveelt de *intra-amniale* methode sterk aan. Deze zou volgens hem zelfs door den weinig geoefenden verloskundige uitgevoerd kunnen worden. Hij voert de metreuryse uit, indien het vervoer naar een kliniek onmogelijk is en wij te doen hebben met placenta praevia totalis. Het cervikaalkanaal moet evenwel tenminste voor één vinger doorgankelijk zijn.

FALK en FÜTH zijn beide aanhangers van de *extra-ovulaire* methode. FALK beveelt de methode als *klinische* behandelingsmethode aan. Bij het invoeren van den metreurynter krijgt hij wel bloedingen, die evenwel bij het opvullen van den ballon dadelijk tot staan komen. Ook raadt hij aan, gedurende de metreuryse, temperatuur en pols te controleeren.

FÜTH past de metreuryse zelfs toe, indien het ostium niet voor twee vingers doorgankelijk is. Hij

rekt het cervikaalkanaal desnoods op met stevige dilatatoren.

KEHRER evenwel waarschuwt tegen de *extra-ovulaire* methode.

Volgens SCHULTE geeft de metreuryse een goede bloedstelping. Het infectiegevaar is middelmatig, terwijl de helft van de kinderen er mee gered kan worden.

Tegen de metreuryse in het algemeen voert men aan:

- 1°. dat deze technisch moeilijk is;
- 2°. het groote infectiegevaar;
- 3°. de onzekerheid, of de bloeding tot staan komt;
- 4°. de onvoldoende verwijding van het ostium.

NIJHOFF vindt den metreurynter voor de huispractijk zoo goed als onbruikbaar, omdat het instrument, behalve in een ziekenhuis, niet lang genoeg in orde gehouden kan worden. Ook in *Leiden* wordt de metreuryse tegenwoordig niet meer toegepast. Wel is met deze methode een enkel kind meer te redden dan met de gecombineerde keering, zonder dat de gevaren voor de moeders veel grooter worden. Evenwel, was de keering volgens BRAXTON-HICKS bij werkelijk geringe ontsluiting geen alledaags werk, werkelijk moeilijk is het inbrengen van den metreurynter.

TABEL IV.

Metreuryse als methode van therapie bij placenta praevia.

Samenstelling van :	Aantal gevallen.	Intra amn.	Extra amn.	Moederl. mortaliteit.	Kinderlijke mortaliteit.
Schweitzer	128	—		3.8%	23% primair. 32% secundair.
Falk	48		—	6.2%	33%
Hannes	119	—		5%	37.8%
Gänssle	15			1	8
Conrad	43			11.6%	44.1% ; zuiver 16.3%
Schoenholz	51			5.9%	35.5%
Ballhorn	69			5.5%	24.1%
Heinlein	91			2.2%	19.3%
Liebe	24			4	8
Hiess	35			0	47.6%
Wagner	49			11.1%	57.9%
Depken	116			3.5%	38.8%
Korthauer	34			5.9%	17.6%
v. Mikulicz-Radecki	50	49	1	4%	50%
Leidsche kliniek	14			14.3%	35.7% (voldragen)

Tabel IV bevestigt het gezegde, waarbij men acht te geven heeft, dat de in de tabel opgegeven cijfers berusten op klinische gevallen. In de huis-practijk zijn de resultaten veel minder.

Komen wij nu tot een *zeer belangrijke behandelingsmethode van placenta praevia*: de *Sectio Caesarea*.

Deze methode, het eerst bij placenta praevia in Amerika door BERNAYS (1894) en in Europa door MATTOLI (1899) toegepast, werd meer gebruikelijk na de bekendheid, die KRÖNIG, SELLHEIM en PANKOW in 1908 hieraan gaven.

Men was niet tevreden met de resultaten met de oude methoden verkregen, en men streefde dus naar een vorm van therapie, waarbij de prognose èn voor de moeder èn voor het kind gunstiger kon worden.

Voor placenta praevia *lateralis* waren de resultaten door *het breken der vliezen* reeds genoegzaam verbeterd. Het was dus nu zaak ook de prognose van de placenta praevia *centralis* te verbeteren, de meer ernstige gevallen van placenta praevia, immers treden hier de bloedingen meestal reeds vroeger en ernstiger op.

Passen wij in die gevallen nu de *keizersnede* toe, dan worden ons, volgens STOECKEL, de volgende voordeelen deelachtig:

- 1°. de sectio caesarea is de meest bloedsparende ingreep, en daardoor bij uitgebloede vrou-

wen beter in staat het leven te redden, dan welke andere behandeling ook;

- 2°. zij stelt ons in staat eventueel spuitende utero-placentair-vaten te comprimeeren of te omsteken, beter dan met welke andere methode ook;
- 3°. de methode is aseptischer dan iedere andere therapie: men kan n.l. de placenta bereiken zonder met de hand of met instrumenten door een kiemhoudende zône te gaan;
- 4°. met deze methode worden alle voldragen en het meerendeel der levensvatbare kinderen gered.

Volgens Prof. VAN DER HOEVEN kan men daaraan nog toevoegen en zelfs in de tweede plaats stellen:

- 5°. dat nabloedingen uit het gerekte onderste uterussegment wegvallen, omdat de partus beëindigd wordt, voordat het hier tot sterkere rekking gekomen is.

De meeste verloskundigen zijn het er tegenwoordig dan ook over eens, dat de sectio caesarea tot de meest belangrijke behandelingsmethoden van de placenta praevia behoort.

Slechts over haar plaats in de therapie zijn de meeningen verschillend. Zoo voert STOECKEL de keizersnede uit, indien het „dreimarkstück” wijde ostium geheel of bijna geheel door placentairweefsel is bedekt, wanneer geen ernstige infectie bestaat en het kind tevens levend of levensvatbaar is.

De indicatie van STOECKEL let echter niet genoeg op één gewichtigen factor, namelijk den toestand van de moeder. Hij zegt weliswaar, dat het verbloedingsgevaar toeneemt, naarmate de graviditeit verder gaat, maar hij let weinig op den *oogenblikkelijken* toestand van de patiënte.

SIEGEL acht het dan ook niet juist, om, indien de vrouw reeds sterk anaemisch in de kliniek gebracht wordt, een contra-indicatie te zien in het feit, dat de placenta niet in voldoende mate vóórligt.

Men weet meestal niet, hoeveel bloed de vrouw reeds verloren heeft en hoeveel ze nog zal verliezen. Anders is het, volgens hem, wanneer de eerste ernstige bloeding in de kliniek wordt waargenomen en de hoeveelheid gemeten wordt, maar ook hier gelden geen absolute getallen.

Volgens SIEGEL moet dan ook in ieder geval de algemeene toestand van de vrouw bij het stellen van de indicatie in acht worden genomen.

Een vraag, die eveneens op antwoord wacht is: „Zullen wij bij niet levensvatbaar of dood kind ook sectio caesarea uitvoeren?”

Zooals wij reeds zagen, doet STOECKEL alleen keizersnede bij levend of levensvatbaar kind. Ook GÄNSSLE deelt dit standpunt. Hij laat bij dood kind de methode afhangen van de sterkte van de bloeding. CONRAD doet slechts bij uitzondering, wanneer de toestand van de moeder zeer bedenkelijk is, bij dood kind, de keizersnede.

SCHULTE, SCHOENHOLZ, SIEGEL e. a. gaan gelukkig nog verder en doen ook sectio caesarea bij niet

levensvatbare of doode kinderen, indien de toestand van de moeders zoodanig is, dat een andere verlossing voor haar gevaarlijk is.

Hoe is nu ons *Leidsch standpunt* ten opzichte van de keizersnede?

Wordt de huismedicus in de *zwangerschap* voor een min of meer ernstige uitwendige bloeding geroepen, dan kan men, zooals wij zagen, bijna zeker de diagnose op placenta praevia *centralis* stellen. Deze vormen van placenta praevia — de meer ernstige — geven meestal reeds symptomen in de zwangerschap.

Men legge nu de vrouw op den rug te bed — doodstil. In den regel zal men de bloeding nu spoedig zien ophouden en dan heeft men eenigen tijd, dagen, soms weken, voordat een nieuwe bloeding optreedt. Dien tusschentijd gebruikt men, om de vrouw *naar een kliniek te vervoeren*. (In Noord-Zweden wordt voor het transport van het vliegtuig een dankbaar gebruik gemaakt). In de kliniek aangekomen, wordt de vrouw weer te bed gelegd en wordt afgewacht. Bij geringe nieuwe bloeding doet men weer niets; maar wordt op een oogenblik de bloeding alarmeerend, dan zal men ingrijpen. De beste vorm van therapie èn voor de moeder èn voor het kind is dan de *keizersnede*, mits onder-tusschen het ostium niet zoover geopend is, dat men den rand der placenta voelt en de vliezen breken kan.

Is het kind nauwelijks levensvatbaar of reeds dood, dan is dit op zich zelf voor ons *geen contra-*

indicatie tegen de keizersnede, daar wij de operatie uitvoeren *om der wille van de moeder*.

Vragen wij ons nu af, welke vorm van keizersnede zal worden uitgevoerd.

STOECKEL voert de *abdominale intraperitoneale cervixsnede* uit. De bloedstelping zou hierbij minder gecompliceerd zijn. Wel wordt de placenta hierbij dikwijls getroffen en moet men deze doorsnijden, maar dat was ook vroeger het geval, toen men nog de corpussnede bij het vernauwde bekken uitvoerde, en toch werd het toen ook gedaan. Wat in het corpus zonder moeite gelukt, gelukt in de cervix eerst goed. Na doorsnijden van de placenta kan men de bloedende sneevlakten in den uterus met klemmen verzorgen, terwijl tevens alle spuitende vaten direct verzorgd kunnen worden.

Ook LABHARDT doet de lage snede. Hij ziet als voordeel, dat de uteruswand met de blaas goed met peritoneum overdekt kan worden, zoodat zij aan den eenen kant goed afgesloten is, terwijl aan den anderen kant geen onaangename adhaesies kunnen ontstaan.

Volgens HOLZBACH zou bij de volgende zwangerschap minder kans op ruptuur in het litteeken bestaan bij toepassing van de lage snede. (STOECKEL vindt ieder uteruslitteeken een locus minoris resistentiae).

Aanhangers van deze methode zijn o.a. SCHWEITZER, v. JASCHKE, GÄNSSLE, REUSS, SCHOENHOLZ en SIEGEL.

FREY, die aan de hand van een groot materiaal de resultaten van de verschillende methoden naging, besluit, dat de resultaten met de *klassieke* methode verkregen, veel beter zijn dan met de lage snede.

De techniek van de operatie bij de lage snede is moeilijker in de gevallen, waar de placenta laag zit. Zoo geeft ook omgekeerd, indien de placenta in het corpus is gelegen (b.v. bij vernauwd bekken) de techniek van de lage snede geen moeilijkheden, integendeel groote voordeelen. Ook de peritonialisatie, na de klassieke methode, geeft geen bezwaren.

Wat het gevaar voor uterusruptuur in een volgende zwangerschap betreft, daarvan is één geval in de literatuur bekend (HÜSSY). In dit geval kwam het tot spontaan ruptuur in het operatielitteken bij voorafgegane *lage* uterusnede. Als *voordeelen* van de *klassieke* methode geeft FREY op, dat men den uterus zonder bloedverlies kan bereiken, ja zelfs kan de ontwikkeling van het kind zonder bloedverlies plaats vinden, terwijl het losmaken van de placenta op een oogenblik geschiedt, dat het spontane en automatische bloedstelpingsmechanisme, dat uit retractie en contractie van den uterus bestaat, reeds heeft ingezet. De placentaire periode kan zodoende ook zonder bloeding verlopen.

NIJHOFF merkt op, dat het verschil ten gunste van de lage, z.g. cervikale keizersnede bij placenta praevia veel geringer is dan bijvoorbeeld bij bekken-

vernauwing, omdat de operatie steeds vroeg in het ontsluitingstijdperk behoort te geschieden, wanneer het onderste uterussegment nog weinig is uitgerekt. Ook heeft men bij de hooge snede minder kans om de placenta te treffen.

De *grootte voordeelen* van de *klassieke* methode boven de cervikale, namelijk het omgaan van de placentair-plaats en de mogelijkheid om de operatie snel te kunnen uitvoeren, hebben Prof. VAN DER HOEVEN er toe gebracht voorstander van de *klassieke* methode te zijn. De operatie geschiedt onder chloor-aethyl-aethernarcose, wanneer de vrouw nog niet al te anaemisch geworden is. Anders wordt alleen plaatselijke anaesthesie in den buikwand toegepast. Dit is een belangrijk punt. Bij uitgebloede patiënten kan de narcose werken als de druppel, die den beker doet overloopen. Aan den anderen kant blijkt juist bij deze patiënten een algemeene narcose onnoodig: de operatie wordt door haar, wanneer de huid maar ongevoelig is, merkwaardig gemakkelijk doorstaan, en de bekende vragen naar den leeftijd der vrouw, het aantal harer kinderen en dergelijke worden onder de operatie door met animo beantwoord.

Tegen atonische nabloeding hoedt men zich door vooraf injecties van pituitrine en secacornine (van ieder twee) toe te dienen. Zeer doeltreffend werkt in dit opzicht ook tijdens de operatie een pituitrine-injectie in de uterus-spier.

Mocht het tenslotte bij de operatie toch uit vaten

TABEL V. Sectio Caesarea als vorm van therapie bij placenta praevia.

Samenstelling van:	Aantal gevallen.	Cervikaal.	Klassiek.	Moederl. mortaliteit.	Kinderlijke mortaliteit.
Schweitzer	11	intraperit. cervik.		gering	gering
Gänssle	38	cervik.		3 = 8%	2
	28	cervik.		2	1
	3	—	klassiek	0	0
	24	intraperit.		1	3
Conrad	52	intraperit.		5.8%	5.8%
	51	transperit. cervik.	klassiek	5 = 9%	5
	8			0	1 aan zwakte
Stoeckel				3%	voldr. 0
Brouha	11		klassiek	1	onvoldr. 45%
Beckwith Whitehouse	9		klassiek	0	2 aan zwakte
Hitschmann	—		klassiek	3.6%	0
Reuss	7	cervik.		0	16.6%
Schoenholz	48	cervik.		4.17%	6.5%
Ballhorn	10	cervik.		0	0
Boeck	10	—	—	1	2
Schulte	25	cervik.		0%	0%
Heinlein	1	cervik.		0	—
v. Mikulicz Radecki	31	cervik.		3.3%	0
Opitz	—	—		5%	—
Siegel (verzamelstatistiek)	528	transperit.-extraperit. en klassiek		6.3%	6.8%
Korthauer	32	cervik.	klassiek	6.25%	6.25%
Depken	11	cervik.		1	0
Wagner	18	cervik.		5%	16.7%
Frey	79		klassiek	2	8%
Nyhoff	76		meestal hoog	7 = 9%	17%
Leidsche kliniek	60		klassiek	3.3%	13.3%

in het onderste uterine-segment bloeden, dan kan men deze gemakkelijk à vue omsteken.

De resultaten, die met de sectio caesarea bereikt worden, vindt men in tabel V.

Een vraag, die tenslotte veel stof opgeworpen heeft, is: *moet de vrouw tijdens het vervoer naar een ziekenhuis getamponneerd worden?*

Volgens verschillende verloskundigen is uit psychisch oogpunt de tamponnade tijdens het vervoer niet te omgaan (o.a. HIESS, HEINLEIN, FREUND, DÖDERLEIN).

NIJHOFF ontraadt de tamponnade bij het vervoer op korten afstand. Moet het vervoer meer dan twee uur per ziekenauto duren, dan is hij geneigd den practicus gelijk te geven, wanneer hij het vervoer zonder tampon niet verantwoord acht.

FÜTH, die in 1907 en in 1927 een rondvraag deed omtrent de behandeling van placenta praevia, schrijft de betere resultaten, in 1927 verkregen, deels toe aan het minder gebruik maken van de tamponnade, deels aan het feit, dat de zieken spoediger naar de kliniek werden vervoerd.

Vragen wij ons af, of de tamponnade de bloeding tot stilstand kan brengen, dan moeten wij daarop antwoorden, dat bij nauwkeurige tamponnade de bloeding *naar buiten* wel eens tot stilstand komen kan. Onder bepaalde omstandigheden vult het bloed de ruimte tusschen den tampon en de plaats, waar de placenta heeft losgelaten op en komt tot stolling, zoodat daardoor ook een verdere bloeding *naar binnen* toe verhinderd kan worden. Doch aan den

anderen kant is de kans veel grooter, dat het niet-tegenstaande de tamponnade *naar binnen* verder bloedt en tot een verdere loslating van de placenta komt. De tamponnade kan bovendien op den uterus een prikkel uitoefenen, zoodat weeën opgewekt worden, die harerzijds tot versterking van de bloeding aanleiding kunnen geven. Wanneer men verdedigt, dat de tamponnade helpt, dan bedenke men, dat de bloedingen in het begin ook spontaan dikwijls tot staan komen: aan de eerste bloeding is nog nooit een vrouw gestorven.

Bovendien heeft de tamponnade een ongunstigen invloed op het *kraambed*. Volgens FREUND, PANKOW, HAMMERSCHLAG en HIESS koortsten de helft van alle getamponneerden. In onze *Leidsche kliniek* kwamen 35 vrouwen getamponneerd binnen. Hiervan stierven er 7 (20 %), terwijl 14 vrouwen (40 %) een min of meer ernstig puerperaal-proces doormaakten.

Wij zien dus, dat het zeer de vraag is, of de tamponnade helpt, terwijl bovendien de kans op infectie in het kraambed er zeker door toeneemt, vandaar dan ook, dat wij in *Leiden* sterk op het standpunt staan, *onder geen voorwaarde de tamponnade bij de bloedende zwangere toe te staan*.

Geheel anders is het, als het kind geboren is en de placenta verwijderd. Dan dreigt vooral na vaginale beëindiging van de baring, afgezien van de infectie, het gevaar van *bloeding uit het overrekte onderste uterussegment*. Tevens is nu het

gevaar voor *atonische nabloeding* niet denkbeeldig.

Men aarzele nu in deze gevallen niet lang, doch *tamponneere* den uterus, voordat nog meer bloed verloren gegaan is.

Pituitrine en secacornine versterken het resultaat van deze bewerking.

Helpt niets, dan kan men als laatste redmiddel, althans in een kliniek, de totale exstirpatie van den uterus uitvoeren.

COOPMAN waarschuwt tegen de tamponnade post partum wegens broosheid der cervix. Hij klemt liever de parametria af (HENKEL). Vooral voor de praktijk zou deze methode zeer aanbevelenswaardig zijn.

Na het *vaginaal* beëindigen van de baring dreigt ook het gevaar van heftig bloedende *cervixscheuren*. Tamponnade kan voldoende zijn, dikwijls is echter hechting van de scheur — à vue, nadat het ostium met een kogeltang naar beneden getrokken is — noodig en somtijds is, waar noch het een noch het andere hielp, de uterus geëxstirpeerd. Beter is misschien in een dergelijk geval in plaats van de exstirpatie te verrichten, de vulva over den tampon heen voor 24 uur dicht te hechten.

Ook bij *cervixscheuren* beveelt COOPMAN de methode van HENKEL aan. Nauwkeurige hechting is volgens hem in de huispraktijk zonder deskundige hulp zoo goed als onmogelijk, terwijl tamponnade dikwijls in de steek laat, omdat er geen onderlaag is en de ruptuur juist uitwijkt voor den tampon.

Overziet men tenslotte de resultaten van de verschillende vormen van therapie, in de vorige bladzijden beschreven, dan moet men daarbij scherp uiteenhouden of deze resultaten in de kliniek of in de praktijk verkregen zijn.

Ook de aanhangers van de oude behandelingsmethoden hebben ingezien, dat de betere resultaten, die ook zij in de laatste jaren bereikt hebben, aan de klinische behandeling te danken zijn.

SIEGEL, die dit punt aan de hand van een uitgebreid materiaal heeft nagegaan, komt zoowel wat betreft de moederlijke als wat betreft de kinderlijke mortaliteit tot dit zelfde resultaat.

VON SEUFFERT vond in de *huispraktijk* onder 8729 gevallen van placenta praevia een gemiddelijke moederlijke mortaliteit van **19 %** en een kinderlijke van **49 %**.

SCHWEITZER daartegenover had bij de *klinische* behandeling van placenta praevia — hij paste metreuryse toe — een moederlijke mortaliteit van **5.8 %** en een kinderlijke van **34.5 %** bij levensvatbare kinderen met een gewicht boven 2000 gram en van **27.6 %** bij kleinere kinderen.

Voert men daarbij tenslotte de sectio caesarea in, dan zijn de resultaten, zooals wij uit de tabellen gezien hebben, nog aanzienlijk te verbeteren.

Bij bloedingen in de zwangerschap en tijdens de baring acht SIEGEL een *onderzoek door den practicus* onnoodig. Met een onderzoek toch wordt nu niets bereikt, behalve verhooging van het infectiegevaar en vergrooting van het gevaar voor

verbloeding: door verdere losraking van de placenta, door opwekking van weeën of door verscheuring van den weeken isthmus en cervix. SIEGEL staat n.l. op het standpunt, dat de doodelijke en levensgevaarlijke bloedingen bij placenta praevia vóór de geboorte eerst na het onderzoek, dus dóór het onderzoek optreden.

Hij meent dan ook niet ernstig genoeg te kunnen aanraden. patiënten met placenta praevia *zonder inwendig onderzoek*, zoo vlug mogelijk naar een kliniek te sturen: een raad, waarbij ik mij gaarne aansluit, alleen met die restrictie, dat ik wat meer op den ernst van het vervoer gelet zou willen zien. Het is echter mogelijk, dat, aangezien tusschen het begin der bloeding en de komst van den auto nog al wat tijd zal verloopen, in den regel de bloeding wel staan zal, voordat het vervoer begint, en SIEGEL's raad dus in de practijk met den onze, het vervoer zoo mogelijk uit te stellen, totdat de bloeding heeft opgehouden, overeenkomt.

Wordt de medicus geroepen, dan kan hij de vrouw dus alleen helpen, door desnoods de weeën eenigszins te onderdrukken door morphine of pantopon, en daarna het vervoer naar een kliniek voorzichtig te regelen.

Het zeer groote nut van het principe, *placenta praevia in de kliniek*, wordt tegenwoordig door de meeste medici ingezien, zoo ook in de omstreken van Leiden.

Wij krijgen n.l. van buiten Leiden uit een rayon,

dat op 160.000 inwoners te schatten is ¹⁾, driemaal zooveel patiënten met deze afwijking naar de kliniek gestuurd als uit de stad met haar 70.000 inwoners zelf.

Onderstaande tabel ten slotte geeft een overzicht, hoe in den loop der jaren het aantal *klinische* gevallen van placenta praevia in Leiden is toegenomen.

Tijdperk.	Aantal jaren.	Aantal gevallen.	Opmerkingen.
1848—'89	40	2	
1890—'96 (TREUB)	6	2	
1896—1903 (VEIT)	7	19	d.i. per jaar < 3
1903—1914 (V. D. H.).	10	55	„ „ „ > 5
Na 1914 (V. D. H.)	14	110	„ „ „ ± 8

¹⁾ Cijfers (156.986) berekend naar de cijfers van het bureau voor de statistiek over 1925.

II. NADERE BESPREKING VAN DE THERAPIE DER LEIDSCHÉ KLINIEK VAN AF 1848 TOT HEDEN.

De te bespreken jaren zullen wij in drie tijdperken verdeelen:

1848—1903, de tijd vóór Prof. VAN DER HOEVEN.
1903/04—1913/14 }
na 1914 } professoraat VAN DER HOEVEN.

Daar de therapie in 1914 door de sectio caesarea een groote wijziging heeft ondergaan, heb ik het tijdperk 1903/04 tot heden in twee tijdvakken onderverdeeld.

I. Tijdperk van 1848—1903.

In dezen tijd werden de volgende methoden van therapie toegepast (zie ook tabel VI):

Keering volgens BRAXTON HICKS met opvolgende extractie.

1 geval. Moeder en kind zijn beiden gestorven.

Curs. 1898/99. Vrouw van 32 jaar. Verwacht haar derde kind. Is à terme.

Voor 6 weken thuis gaan vloeien. Bloedingen werden op den duur erger, waarvoor besloten werd den partus te termineren. Bij onderzoek: placenta praevia centralis.

Thuis werd overgegaan tot de keering volgens BRAXTON

HICKS. Extractie mislukte, zoodat de vrouw vlug naar het ziekenhuis werd getransporteerd. Bloedde in de kliniek hevig. Met veel moeite werd het kind daar geëxtraheerd (was dood. Gewicht 4.350 K.G.). De vrouw was zoo uitgebloed, dat zij binnen zeer korten tijd succombeerde.

Keering volgens BRAXTON HICKS (zuiver).

Deze vorm van therapie werd $9 \times$ toegepast:

4 × bij placenta praevia centralis.

$5 \times$ " " " lateralis.

De moeders werden allen levend ontslagen.

Alle 9 kinderen waren dood.

Metreuryse met opvolgende VE of E.

3 gevallen. Moeders en kinderen gezond ontslagen.

Eivliessteek.

8 gevallen. Geen moederlijke mortaliteit.

Van de 8 kinderen werden 4 kinderen dood (vol-
dragen) geboren.

Versie bij groote ontsluiting.

2 gevallen. Eén bij placenta praevia centralis en één bij placenta praevia lateralis.

1 kind werd dood geboren.

II. Tijdperk van 1903/04—1913/14.

De volgende methoden van therapie werden toegepast:

Keering volgens BRAXTON HICKS met opvolgende extractie.

1 geval. Moeder is gestorven.

Curs. 1913/14. Vrouw van 42 jaar. Verwacht haar 9e kind. Komt in partu binnen met de diagnose placenta praevia centralis.

Vloeit heel hevig. Onmiddellijk werd ingegrepen. Keering volgens BRAXTON HICKS met opvolgende langzame extractie. Een groote cervixscheur ontstond daarbij. Tamponnade van uterus en vagina. Twee dagen later is de vrouw aan verbloeding gestorven. Geen sectie. Kind leefde, woog 3.930 K.G.

Verwijding van het ostium volgens BONNAIRE met opvolgende extractie.

11 gevallen. 9 bij placenta praevia centralis en 2 bij placenta praevia lateralis.

2 moeders zijn gestorven. 7 kinderen werden dood geboren.

1. Curs. 1906/07. Vrouw van 40 jaar. 9e zwangerschap.

Vloeit reeds eenigen tijd vrij hevig. Bij onderzoek is in het ostium placentaweefsel te voelen (pl. pr. centralis), 2 c.M. ontsluiting. Er bestaat dwarsligging. Na 2 injecties van sec. cornut. wordt het ostium volgens BONNAIRE gerekt tot $\pm$ 6 c.M. Cervixscheur ontstaat hierbij. VE wordt aangesloten. Er na tamponnade van uterus en vagina. Algemeene toestand van

de vrouw zeer slecht. Vloeit steeds door. Besloten de scheur te hechten. Intusschen is patiënte gesuccombeerd.

Kind woog 1.870 K.G.

2. Curs. 1912/13. Vrouw van 35 jaar. 3e zwangerschap.

Heeft telkens heftig gevloed. Besloten wordt in te grijpen. Na oprekken van vagina en ostium met de hand werd VE gedaan. Groote cervixscheur (6 c.M.) werd à vue gehecht.

In aansluiting kreeg de vrouw een pelvioperitonitis waarvoor kolpotomie werd gedaan (veel pus).

Een maand later succombeerde patiënte aan een pneumonie van de onderkwab.

Kind was dood.

Metreuryse met opvolgende VE of E.

11 gevallen. 2 moeders gestorven.

Volgen nu eerst eenige ziektegeschiedenissen van gezond ontslagen vrouwen.

1. Curs. 1910/11. Vrouw van 47 jaar. 12e zwangerschap. Komt stevig getamponneerd binnen.

Diagnose pl. pr. centr. Heeft hevig gevloed. Ook in de kliniek herhaalt zich de bloeding in de volgende dagen. Ontsluiting 3 c.M. Metreurynter werd door de placenta heen ingevoerd en gevuld met boorwater. Bloeding stond nu. Na eenigen tijd werd de metreurynter uitgedreven, waarna VE werd aangesloten (7—8 c.M. ontsluiting). Placenta werd manueel verwijderd, waarna uterus en vagina werden getamponneerd. Twintig minuten later begon de vrouw weer te vloeien, waarvoor werd bijgetamponneerd.

Verliep tenslotte na een lichte temperatuursverhooging gunstig.

Kind woog 2.420 K.G.

2. Curs. 1910/11. Vrouw van 32 jaar. 3e zwangerschap.

Komt getamponneerd binnen met pl. pr. centralis. 4 c.M. ontsluiting. Is niet in partu. Vloeit niettegenstaande den tampon toch door.

Krijgt op een oogenblik weeën. Metreurynter wordt na dilatatie van het ostium ingevoerd. Als de metreurynter uitgedreven is, wordt VE gedaan.

Verloopt gunstig.

3. Curs. 1911/12. Vrouw van 25 jaar. 2e zwangerschap.

Vloeit reeds eenige weken. Bedrust beheerschte de bloeding. Krijgt op een oogenblik hevige bloeding, en werd getamponneerd naar de kliniek gebracht. Ook bij aankomst in de kliniek nog heftige bloeding. Tampon viel er uit bij defaeceeren. Besloten den metreurynter in te voeren door de placenta (pl. pr. centr.). Na uitdrijving VE. Groote cervixscheur.

Krijgt erna temperatuursverhooging (cervixscheur?).

Wordt tenslotte gezond ontslagen.

4. Curs. 1913/14. Vrouw van 36 jaar. 13e zwangerschap.

Vloeit telkens een beetje. Inwendig onderz.: 2—3 c.M. ontsluiting, plac. ligt bijna centraal. Metreurynter wordt ingevoerd. 2 c.c. pituitrine toegediend.

Na tractie schiet de metreurynter na 3—4 minuten door. VE. Placenta wordt manueel verwijderd. Tamponnade.

Gezond naar huis.

5. Curs. 1913/14. Vrouw van 26 jaar. 2e zwangerschap.

Vloeit telkens. Dwarsligging. Metreurynter wordt door de placenta ingebracht (pl. pr. centralis). Nadat metreurynter uitgedreven is, VE. Placenta manueel verwijderd. Geen cervixscheur. Tamponnade van uterus en vagina. Gezond ontslagen.

Uit de ziektegeschiedenissen van de 2 vrouwen, die gestorven zijn, vermeld ik het volgende:

1. Curs. 1909/10. Vrouw van 28 jaar. 2e zwangerschap.

Komt binnen met de diagnose pl. pr. centralis. Van wege de bloeding wordt direct ingegrepen. Na eenige verwijding van het ostium volgens BONNAIRE wordt de metreurynter ingevoerd. De ontsluiting komt tot 9 c.M., waarna VE. Placenta wordt manueel verwijderd, waarna uterus en vagina worden getamponneerd. Denzelfden avond nog succombeert de vrouw. Kind dood. Geen sectie.

2. Curs. 1913/14. 3e zwangerschap. Is à terme.

Heeft een week lang thuis gevloeid. Soms heel erg, tot bewusteloosheid bijna toe. Bij onderzoek 2 c.M. ontsluiting. Pl. pr. centralis. Metreurynter ingevoerd en 2 c.c. pituitrine toegediend. Metreurynter opgespoten en aangetrokken. In 3—5 minuten schiet de metreurynter door. Onmiddellijk daarna VE.

Placenta wordt manueel verwijderd. 2 c.c. secacornine gegeven. Bloeding stond niet geheel na inbrengen van den metreurynter. Bij VE veel bloedverlies. Tamponnade. Hypo. Twee dagen later wordt de vrouw na beginnende verwijdering van den tampon plotseling benauwd en succombeert.

Obductie: Groote embolus op de bifurcatie van de A. Pulmonalis. Een vingerdikke thrombus in de V. Hypogastrica. De groote getamponneerde uterus bleek te drukken op de groote venae.

Kind woog 3.440 K.G.

Keering volgens BRAXTON HICKS (zuiver).

1 geval bij placenta praevia centralis. Kind was dood.

Eivliessteek en pituitrine-injectie.

19 gevallen. 1 moeder is gestorven.

Curs. 1908/09. Vrouw van 35 jaar. 11e zwangerschap. 9 vorige spontaan. 10e F.

Vloeit sinds eenige dagen. Daarvoor thuis getamponneerd. Bij onderzoek in de kliniek pl. pr. lateralis, schedelligging. Vliezen gebroken, waarna het vloeien ophield. Pituitrine-injecties. Kind werd dood geboren (gemacereerd).

Patiënte was sinds eenigen tijd lijdende aan rechtszijdige parotitis.

Nog denzelfden dag en de volgende dagen is de algemeene toestand slecht. Vijf dagen post partum exitus letalis.

Obductie: Etterige pericarditis. Metastatische pyaemische pneumonie. Septisch vergroote lever, milt en nieren. Septische endometritis, stinkend, met pus in enkele venae van den uterus.

*VE (E) bij grootere ontsluiting en
pituitrine-injectie.*

12 gevallen. 8 bij placenta praevia centralis en 4 bij placenta praevia lateralis.

3 moeders zijn gestorven.

1. Curs. 1908/09. Vrouw van 25 jaar. 4e zwangerschap.

Vloeit vanaf de helft van deze graviditeit, telkens hevig. Daarvoor thuis getamponneerd. Ook in de kliniek hevige vloeingen en tevens weeën. Bij onderzoek groote ontsluiting, pl. pr. centralis. Besloten VE te doen. Placenta wordt manueel verwijderd. Uterus en vagina worden getamponneerd. Denzelfden middag succombeert patiënte. Kind woog 2.350 K.G.

Obductie: zeer sterk anaemische organen.

2. Curs. 1909/10. Vrouw van 44 jaar. 15e zwangerschap.

Vloeit de laatste maanden van de zwangerschap. Met rust stond de bloeding dan. Op een oogenblik alarmeerende bloeding. Vagina wordt nu thuis stijf getamponneerd. Bij onderzoek in de kliniek pl. pr. centralis. Grootere ontsluiting. Besloten VE te doen. Daarna tamponnade van uterus en vagina. Vloeit door den tampon heen. Er wordt bij-getamponneerd. Algemeene toestand is slecht. Denzelfden avond succombeert patiënte.

Kind woog 3.890 K.G.

Obductie: anaemisch kadaver. Lever en milt zijn zeer groot. Uterus is goed stijf getamponneerd. Geen afwijkingen in de organen.

3. Curs. 1909/10. Vrouw van 28 jaar. 1e zwangerschap.

Vloeit de laatste maand van de zwangerschap, waarvoor getamponneerd. Bloedt niettegenstaande de tamponnade eerst door. Na eenige dagen wordt de tampon verwijderd, waarna de vrouw opnieuw begint te vloeien. Weer tamponnade. Besloten tenslotte VE te doen. Ostium rekt gemakkelijk onder het ingaan van de hand. Placenta manueel verwijderd. Daarna tamponnade van uterus en vagina.

Eenige dagen later septische temperaturen. Men besluit den uterus per vaginam te exstirpeeren. Tijdens de operatie succombeert plotseling de patiënte. Gebruikte hoeveelheid chloroform 3 e.c. Kind woog 2.440 K.G.

Obductie: zeer bloedarme organen, vooral de lever.

Thrombus in de rechter V. spermatica. De uterus is groot, week en bloedleeg, met een geel-groen beslag bedekt.

Sectio caesarea.

4 gevallen.

1 moeder is gestorven.

Curs. 1912/13. Vrouw van 42 jaar. 12e zwangerschap. Vorige allen spontaan. Is à terme.

Vloeit de laatste maanden telkens vrij hevig. Met rust en tamponnade werd de bloeding telkens voor zeer korten tijd beheerscht. Ook nu weer bloedt zij vrij hevig. Bij onderzoek 2 c.M. ontsluiting. Pl. pr. centralis. Besloten S. C. te doen. Placenta adhaesiva. Is lastig te verwijderen. Patiënte is zeer anaemisch. Kamfer en hypo's zijn zonder resultaat. Een uur na de operatie succombeert de vrouw. Kind is dood.

III. Tijdperk na 1914.

Keering volgens BRAXTON HICKS met opvolgende E.

6 gevallen. 2 bij placenta praevia centralis en 4 bij placenta praevia lateralis.

3 kinderen zijn gestorven. Geen moederlijke mortaliteit.

Rekking van het ostium volgens BONNAIRE met opvolgende VE.

1 geval. Moeder en kind zijn gestorven.

Curs. 1922/23. Vrouw van 43 jaar. 16e zwangerschap.

Heeft thuis nogal gevloed. Is bijna 7 maanden gravida. Ook in de kliniek vloeit zij. Bij inwendig onderzoek 2 c.M. ontsluiting, voorliggende placenta.

Na eenigen tijd houdt het vloeien op, herhaalt zich echter weer weldra. Besloten in te grijpen. Nadat het gemakkelijk rekbare ostium met de vingers verwijd is, wordt VE gedaan, die gemakkelijk verliep. Het onvoldragen kind leefde even. Patiënte vloeit nogal. Getamponneerd. Niettegenstaande druk van boven en onder vloeit de vrouw door. 's Middags opnieuw

tamponnade. De vrouw gaat sterk achteruit en succombeert een uur later.

Men had hoop gehad, dit kleine, nog niet eens levensvatbare kind langs vaginalen weg ter wereld te hebben kunnen brengen bij betrekkelijk zoo geringe verwijding van het ostium, dat ernstige scheuren niet zouden ontstaan. Dit geval heeft ons echter geleerd, dat zelfs in de zesde maand de keizersnee te verkiezen is.

Eivliessteek en pituitrine-injectie.

39 gevallen. Geen moederlijke mortaliteit.

Kinderlijke mortaliteit: 5 onvoldragen en 5 voldragen.

Zooals reeds eerder opgemerkt is, hebben wij in de *Leidsche kliniek* in ongeveer $\frac{1}{3}$ der gevallen gebruik gemaakt van het breken der vliezen als eenige therapie, en als een zeer dankbare therapie. Ik wil dit feit afzonderlijk memoreeren, omdat hiermee een ook voor den huismedicus bruikbare methode aangegeven wordt. Men krijgt den indruk uit de literatuur, dat deze wijze van handelen veel te veel vergeten wordt (tabel III, blz. 39). Voor zoover ik zien kan, was het PINARD en is het alleen STOECKEL, die stelselmatig eveneens handelen: bij placenta praevia lateralis eivliessteek en pituitrine, bij een placenta praevia, die, ook als de ontsluiting tot 3 c.M. gevorderd is, nog centraal blijkt te liggen, de sectio caesarea.

Versie en pituitrine-injectie bij groote ontsluiting.

9 gevallen. 0 % moederlijke mortaliteit.

2 kinderen zijn gestorven.

Sectio caesarea.

56 gevallen. 1 moeder is gestorven.

Curs. 1924/25. Vrouw van 38 jaar. 8e zwangerschap. Vorige allen spontaan. Is à terme.

Wordt in partu — getamponneerd — binnengebracht wegens heftige bloeding. Vloeit met den tampon in de vagina voortdurend door. Algemeene toestand slecht (pols 120). S. C. gedaan. Pl. pr. centralis. Kind is dood.

Patiënte heeft in de volgende dagen steeds hooger wordende koorts. Verliest veel pus per vaginam. Algemeene toestand gaat steeds achteruit. Na een maand succombeert patiënte.

Obductie: waarschijnlijk is vanuit het cavum uteri de wand geïnfecteerd (tampon). Vandaar uit is een algemeene peritonitis ontstaan.

Van de 56 kinderen zijn gestorven: 5 onvoldragen en 7 voldragen kinderen.

Uit onze tabellen zien wij, dat van 1903/4 tot 1913/14, toen er haast nog geen keizersnede gedaan werd in Leiden, van de 59 gevallen van placenta praevia, 19 gevallen door eivliessteek werden geholpen tegen 40 op andere wijze, d. i. als 1 : 2.

Na 1914 (de eivliessteek bleef als vorm van therapie bestaan) hadden wij van de 111 gevallen $39 \times$ eivliessteek tegen $72 \times$ andere vormen van

therapie, dus ook ongeveer als 1:2; ruim $\frac{1}{3}$ der gevallen is dus door eivliessteek te helpen, terwijl $\frac{2}{3}$ der gevallen een andere therapie vraagt. In de *kliniek* verrichtten wij in $\frac{3}{4}$ dezer gevallen de keizersnede, bij $\frac{1}{4}$ werd een andere behandeling ingesteld; één keer hebben wij daarvan spijt gehad.

<i>Eivliessteek</i>	39	gevallen
<i>Sectio caesarea</i>	56	„
<i>Andere vormen van therapie</i> . .	16	„

Het totaal cijfer omtrent de therapie der placenta praevia is ietwat anders, want voor de *huispraktijk* blijven allicht nog eenige gevallen over, die ons niet zijn toegestuurd, en waar men of eivliessteek of versie en extractie heeft gedaan.

Een enkel woord moge hier ten slotte nog volgen over de derde groep, de *andere vormen van therapie*, waarvan wij in 16 gevallen, de huispraktijk in allicht een enkel geval meer, gebruik moesten maken.

Waar bij placenta praevia *lateralis*, na het breken der vliezen, de bloeding toch is doorgegaan (4 gevallen), heeft men *versie* verricht en *pituitrine*-injecties toegediend. Daar de ontsluiting onder deze omstandigheden meestal wel *groot*, maar nog *niet volkomen* geworden is, is het streng geboden, dat men nu voorzichtig is met de extractie, en deze niet verricht, alvorens de ontsluiting volkomen is. Weer dreigt anders het gevaar van de levensgevaarlijke cervixscheuren.

Bij placenta praevia *centralis* met bijna volkomen

ontsluiting heeft men in 5 onzer gevallen van de sectio caesarea afgezien en *versie* verricht met *pituitrine-injecties*.

Immers met de keizersnede beoogt men rekking van het onderste uterussegment te voorkomen en bloeding uit cervikaalscheuren te vermijden. De rekking van het onderste uterussegment begint reeds in het ontsluitingstijdperk en heeft dus bij volkomen ontsluiting (bij normaal bekken!) alras haar hoogste graad bereikt. Onder deze omstandigheden is dus met de keizersnede niet veel meer te winnen. Ook de kans, dat bij vaginale beëindiging van de baring nu nog sterker bloedende scheuren in de cervix ontstaan zullen, is niet al te groot meer: in dit opzicht is dus met een sectio caesarea ook niet veel meer te winnen. Toch zal men bij vaginale beëindiging wat dit punt betreft, ernstig op zijn hoede zijn, en niet extraheeren, voordat de ontsluiting volkomen geworden is.

Tenslotte blijven er nog enkele gevallen over, waar men bij gemakkelijk rekbaar ostium een matige ontsluiting vond, 6—7 c.M., en bij deze ontsluiting de *versie* gedaan heeft, er op rekenend dat onder en door deze bewerking de ontsluiting eenigszins grooter zou worden, zoodat de extractie binnen betrekkelijk korten tijd, soms zelfs onmiddellijk daarna, kon aangesloten worden: feitelijk dus *een soort accouchement forcé met opvolgende versie en extractie* (6 gevallen), eenvoudiger dan de keizersnede, waarmee weer, nu de ontsluiting reeds zoover gevorderd was, betrekkelijk minder te

winnen was, tusschengevallen dus tusschen de bij geringe ontsluiting scherp geïndiceerde en de bij volkomen ontsluiting niet meer noodige keizersnede, gevallen, waarbij men helaas eenig individualiseeren niet kan buiten houden, en dus de kans loopt, bij verkeerd beoordeelen van de bij iedere therapie te verwachten moeilijkheden, de verkeerde behandelingswijze te kiezen.

Gaan wij tenslotte na, welke invloed het naar achter dringen van de keering van BRAXTON HICKS zoowel als van het accouchement forcé, en het naar voren komen van de keizersnede en het breken der vliezen als therapie gehad hebben, dan blijkt dit het duidelijkst. als wij de gevallen van vóór 1914 stellen tegenover de na dat jaar behandelden, en dan zien wij voor de *moederlijke mortaliteit*:

van 1903/04—1913/14:

10 moeders dood van de 59, d. i. ± 17 %

na 1914:

2 moeders dood van de 111, d. i. **1.8 %.**

Wat de *kinderlijke mortaliteit* aangaat, krijgen wij de volgende getallen:

van 1903/04—1913/14:

17 kinderen dood van de 59, d. i. ± 30 %

na 1914:

13 kinderen dood van de 111, d. i. ± 12 %.

Wat deze laatste getallen betreft, moeten wij hier evenwel opmerken, dat ook als dood zijn aange-

geven, kinderen, die eenige uren tot eenige dagen na den ingreep zijn gestorven. Deze doode kinderen komen de methode dus niet ten laste, evenmin als degenen, die reeds dood waren, toen er werd ingegrepen en ook als dood vermeld zijn.

Om ten slotte een nog zuiverder beeld te krijgen van de beteekenis van de boven aangegeven wijziging in de behandeling, heb ik een tweede berekening gemaakt over alleen de met kunsthulp behandelde gevallen; die, welke met eivliessteek behandeld zijn, liet ik daarbij buiten beschouwing. Wij vinden aldus:

Van 1903/04—1913/14 met de *oude methoden* (— 4 maal S. C.) een *moederlijke mortaliteit* van: 9 op de 40 gevallen, d. i. **22.5 %**.

Na 1914 krijgen wij met de *sectio caesarea* (en nog eenige andere gevallen) een *moederlijke mortaliteit* van: 2 op de 72 gevallen, d. i. ... $\pm$ **2.8 %**.

Wat de *kinderlijke mortaliteit* betreft, krijgen wij, als wij weer de gevallen van eivliessteek buiten beschouwing laten:

Van 1903/04—1913/14 met de *oude methoden* een mortaliteit van 13 op de 40 gevallen, d. i. **32.5 %**.

Na 1914 met de S. C. (en nog eenige andere gevallen) een mortaliteit van 8 op de 72 gevallen, d. i. **11 %**.

Mij dunkt, vergelijking van deze tabellen, leert, dat de groote geconstateerde **verbetering in de prognose van de placenta praevia** èn voor de

moeder en voor het kind wel degelijk op rekening komt van de sectio caesarea.

Ook in andere klinieken is men tot soortgelijke resultaten gekomen. Ik geef drie er van hieronder in tabelvorm. Bij de beoordeeling daarvan moet men er echter rekening mee houden, dat de in de tabel aan te geven voorstanders der sectio caesarea deze operatie in bijna alle gevallen uitvoeren, en slechts enkele met eenvoudig breken der vliezen behandelen. Onze iets gunstiger cijfers zullen waarschijnlijk aan een ruimer toepassing van deze laatste wijze van therapie te danken zijn.

	Sectio caesarea.		Andere methoden.	
	Moed. mort.	Kind. mort.	Moed. mort.	Kind. mort.
STOECKEL	3%	voldr. 0 onvoldr. 45%	11%	voldr. 58.9% onvoldr. 75%
BERNAUER :				
klass. s. c. ...	6.6%	5.5%	10—15%	60%
cerv. s. c. ...	3.7%	3.4%		
LIEBE	1.9%	20.3%	8.7%	51.1%

Toch moet hier één restrictie gemaakt worden. Na 1900 is niet alleen de keizersnede ingevoerd, maar ook de tamponnade afgeschaft, en in onze ziektegeschiedenissen hebben wij voldoende gezien, hoe groot de **nadeelige invloed van het tamponneeren** geweest is.

Resumeeren wij, dan komt de behandeling van placenta praevia dus op het volgende neer:

Bloeding in de zwangerschap: bedrust, daarna vervoer naar een kliniek. In de kliniek bij herhaling van ernstiger bloeding: sectio caesarea.

Bloeding tijdens de baring, of althans bij geopend ostium:

a. placenta praevia lateralis:

eivliessteek en pituïtrine-injectie; en daarna bij doorgaan der bloeding: versie en pituïtrine-injecties;

b. placenta praevia centralis:

1. geringe ontsluiting: in de kliniek: sectio caesarea.

In de praktijk: vervoer naar een kliniek, en anders versie volgens Braxton Hicks en pituïtrine-injecties.

2. groote ontsluiting: versie en pituïtrine-injecties.

HOOFDSTUK IX.

PLACENTA PRAEVIA CERVICALIS.

Behandelen we hier tenslotte de placenta praevia cervicalis.

Slechts weinige gevallen zijn bekend.

In 1817 beschreef EVERACH HOME een geval van placenta praevia, waar de placenta zich distaal van het orificium internum uitbreidde.

In 1924 verzamelde MUELLER uit de literatuur 55gevallen. Sindsdien zijn o.a. nog twee gevallen van cervikale placenta bekend geworden (WOLTERS), die evenwel niet anatomisch bewezen zijn, en nog één geval van placenta praevia dissecans (HEIDLER). Ook SCHNEIDER beschrijft een geval.

SCHNEIDER spreekt van primaire echte placenta isthmica cervicalis, wanneer de placenta primair daar ontstaan is, van secundaire placenta isthmica cervicalis, wanneer de placenta secundair zich in de cervix heeft uitgebreid.

Het eenvoudigste is om aan te nemen, dat bij placenta praevia cervicalis het ei zeer laag in het onderste uterussegment, desnoods boven in de cervix soms tot tusschen de spiervezels ingevreten is en daardoor ook een deel van den wand van de cervix als zijn bed gebruikt heeft.

Bij onderzoek voelt men de cervix als een tumor vergroot.

De randen van het ostium zijn daarbij zeer gemakkelijk scheurbaar, zoodat na het onderzoek regelmatig een vrij heftige bloeding komt. Bovendien zijn nu in de cervix zeer groote vaatrijten tot ontwikkeling gekomen, die zich na de geboorte der placenta gewoonlijk niet sluiten en dan nog eens tot geweldige bloedingen aanleiding geven.

Wat de therapie betreft, zou de *keizersnede* de beste behandelingsmethode zijn, als men de diagnose gauw genoeg stellen kon. In den regel is dit niet het geval en twijfelt men, wat men voor zich heeft, totdat men bemerkt met de onderzoekende hand in een allerheftigst bloedende holte te zitten, waartegen direct hulp gebracht moet worden.

Tijd om het noodige voor sectio caesarea klaar te maken is er dan gewoonlijk niet, en men moet allereerst de vrouw verlossen langs den natuurlijke weg. Daarna zal men den cervix-zijwand met groote naalden omsteken. Afgeraden moet worden den uterus te tamponneeren, omdat dit de bloeding nog erger maakt. Tamponneeren is het slechtste, wat men onder deze omstandigheden doen kan.

REINHARDT en WOLTERS raden liever de totaal-exstirpatie te verrichten, o. a. omdat het losspellen van de placenta dikwijls onmogelijk uitvoerbaar blijkt.

LITERATUUROVERZICHT.

- BALLHORN. Archiv f. Gynäkologie, Bd. 123, Heft 2 u. 3.
- BERNAUER. Diss. Freiburg 1922.
- BOCEK. Casopis lékařův českých, 1924.
- BROUHA. Gynécologie et obstétrique rev. mens. 1922, Tome V.
- CONRAD. Zentralblatt f. Gyn. 1925, Nr. 5.
- COOPMAN, H. L. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 1928, I, No. 10.
- DÖDERLEIN, A. Münch. Mediz. Wochenschr. 1922, Nr. 4.
- FALK. Inaug. diss. Marburg 1921.
- O'FARREL, M. Rev. españ de obstetr. y ginecol. 1923, No. 94.
- FEBRES, E. Bull. soc. d'obstétr. et gyn. de Paris, 1925, No. 10.
- FREUND, R. Zentralbl. f. Gyn. 1922, Nr. 7.
- FRUHNHOLZ et HAMANT. Bull. de la société d'obst. et de Gyn. de Paris, 1923, No. 1.
- FREY. Zentralbl. f. Gyn. 1927, Nr. 17.
- FÜTH. Archiv f. Gyn. 1928, Bd. 133, H. 1.
- GÄNSSLE. Archiv f. Gyn. 1923, Bd. 118.
- HANNES. Klinisch Wochenschrift 1922, Nr. 10.
- HEIDLER, H. Wiener klin. Wochenschr. 1925, Nr. 52.
- HEINLEIN, F. Zentralbl. f. Gyn. 1922, Nr. 5.
- HIESS, V. Monatsschr. f. G. u. G., Bd. 64.
- HOEVEN, P. C. T. VAN DER. Physiologie van zwangerschap, baring en kraambed, 1924.
- Pathologie van baring en puerperium, 1923.
- Vijf en twintig jaar verloskundige arbeid, 1928.
- Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1928, II, No. 33.
- JAHREISS, R. Zentralbl. f. Gyn. 1925, Nr. 17.
- JASCHKE, R. TH. v. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1922, Bd. 58.

- KELLOG, K. S. Amer. journ. of obst. and gyn. 1926, vol. XI.
- KORTHAUER, O. Zentralbl. f. Gyn. 1927, Nr. 23.
- LAURENTIE. Bull. de la soc. d'obstét. et de gyn. 1923, Nr. 1.
- LIEBE, W. Monatsschr. f. G. u. G., Bd. 65.
- LIEGNER, B. Monatsschr. f. G. u. G., Bd. 70, 1925.
- LORK, E. Inaug. diss., München 1923.
- MAHIEU et ADRET. Bull. de la société d'obstrétre. et de gyn., 1924, Nr. 1.
- MEYER, H. Zentralbl. f. Gyn. 1927, Nr. 14.
- MIKULICZ-RADECKI, v. Archiv f. Gyn. 1925, Bd. 123.
- Nederl. Gyn. Vereeniging. Verslag vergadering 28 Mrt. 1920.
- NETZER, F. Deutsche Med. Wochenschr. 1925, Nr. 46.
- NYHOFF, G. C. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1928, I, No. 19.
- OPITZ. Münch. Med. Wochenschr. 1923, Nr. 39.
- PANCOT, H. Bull. d'obstétr. et gyn. de Paris, 1926, Nr. 4.
- POPIEL. Ginec. Polska, Bd. 2, 1923.
- REDING, ALOIS v. Schweiz. Med. Wochenschrift 1922, Nr. 30.
- REINHARDT. Zentralbl. f. Gyn. 1924, Nr. 27.
- RIBAS, G. Rev. española de obstet y ginecol. 1922, Nr. 85.
- RODRIGUES, O. Rev. de gyn. e d'obstetr. 1925, Nr. 8.
- SIEGEL, P. W. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1926, Bd. 73.
- SCHNEIDER, P. Archiv f. Gyn. 1927, Bd. 129.
- SCHOENHOLZ. Monatsschr. f. G. u. G., Bd. 66.
- SCHULTE. Zentralbl. f. Gyn., 1924, Nr. 20.
- SCHWEITZER. Zentralbl. f. Gyn., 1922.
- STOECKEL. M. f. G. u. G., Bd. 61, 1923.
- THOMPSON, WILLIAM B. John Hopkins hosp. Bull. Nr. 365.
- WEBER, F. Arch. f. Gyn. 1925, Bd. 125.
- WESSELINK. Zentralbl. f. Gyn. 1922, Nr. 50.
- WHITEHOUSE, BECKWITH. Journ. of obstretics and gynecol. of the brit. emp. 40 l. XXVIII, Nr. 3—4.
- WOLTERS. Zentralbl. f. Gyn. 1924, Nr. 12.

STELLINGEN.

STELLINGEN.

I.

Het tamponneeren van de bloedende zwangere dient ten sterkste te worden ontraden.

II.

Indien bij placenta praevia de keizersnede geïndiceerd is, dan verdient de klassieke methode verreweg de voorkeur.

III.

Het begrip collaterale ontsteking wordt onjuist omschreven door de uitdrukking „perifokale Entzündung”.

IV.

Het fixeeren van tuberculeus materiaal op objectglazen is niet in staat de levensvatbaarheid der tuberkelbacillen geheel te vernietigen.

V.

De tamponnade van operatiewonden met vivocoll verdient de voorkeur boven de tamponnade met gaas.

VI.

De soms epidemisch voorkomende zwembad-conjunctivitis is een op zich zelf staande ziekte.

VII.

Onder normale omstandigheden wordt de cerebrospinaal-vloeistof, via de arachnoidale villi, door middel van filtratie, in de veneuse sinus duralis afgevoerd.

VIII.

Uit de achterkwab van de hypophysis zijn ten minste twee werkzame bestanddeelen te extraheeren.

IX.

Bij operaties voor chronisch zeefbeenempyeem beginne men de concha media te verwijderen.

X.

Het vermoeden van BRUG, dat een dieet, hoofdzakelijk bestaande uit rijst, de oorzaak is van het veelvuldig voorkomen van amoeben-dysenterie speciaal in de tropen, is waarschijnlijk niet juist.

XI.

Ter verdere vermindering van de zuigelingensterfte komen in de eerste plaats catarrhale infecties (griep) als aangrijpingspunt in aanmerking.

XII.

Toediening van milt en milt-praeparaten verdient niet alleen aanbeveling in gevallen van chirurgische tuberculose, maar moet ook beproefd worden bij de behandeling van patiënten met long-tuberculose.

XIII.

De oxydatie van de cel is gebonden aan celstructuren.

XIV.

De bepaling van de omloopstijd van het bloed door middel van inademing van aethyljodide is onnauwkeurig.
